

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Faktory podporující uzdravu u gamblerů bez odborné intervence
Factor Supporting Gamblers' Recovery without Professional Intervention

Bc. Dominika Menclová

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Křížová

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Odevzdáním této diplomové práce na téma Faktory podporující úzdravu u gamblerů bez odborné intervence potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14. dubna 2020

.....

Dominika Menclová

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Ivaně Křížové za veškerý věnovaný čas a rady, které mi udělila při řešení mé diplomové práce. V neposlední řadě bych také ráda poděkovala mým respondentům, kteří se mnou dobrovolně spolupracovali i přes velkou citlivost tématu, bez nich by nebyla má diplomové práce možná.

ABSTRAKT

Cílem mé diplomové práce je zmapovat faktory, které pomáhají gamblerům během překonávání jejich závislosti. Teoretická část se věnuje problematice hazardu, vzniku a teorii závislosti, formám léčebné péče a v neposlední řadě právě faktorům, které jsou během léčby nejdůležitější. V empirické části byly předloženy výsledky kvalitativního šetření prováděného pomocí rozhovoru a dotazníku SOGS. Výzkum usiluje o nahlédnutí do problematiky léčby bez odborné intervence. Tato diplomová práce se, mimo zkoumání léčebných faktorů, zabývá vznikem a průběhem závislosti, uvědoměním problému či budoucí prognózou bývalých hráčů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Faktor, patologické hráčství, hazard, intervence, relaps

ABSTRACT

The aim of my thesis is to map factors that help gamblers to overcome their addiction. The theoretical part deals with the issue of gambling, its origin, a theory of addiction, types of medical care and last but not least, factors that are the most important during treatment. In the empirical part results of a qualitative survey conducted by interview and the SOGS questionnaire are presented. The research aims to gain insight into treatment without a professional intervention. Moreover, besides examining the treatment factors, the thesis focuses on the emergence and course of addiction, awareness of the problem or future prognosis of former players.

KEYWORDS

Factor, pathological gambling, hazard, intervention, relaps

Obsah

Teoretická část

Úvod	9
1 Hazard.....	11
1.1 Historie hazardu ve světě	12
1.2 Historie her v České republice	14
1.2.1 Legislativa hazardních her v České republice	15
2 Patologické hráčství.....	17
2.1 Bažení	19
2.2 Relaps.....	20
2.3 Diagnostika	20
2.4 Typologie hráčů	21
3 Závislost	23
3.1 Nežádoucí účinky závislosti na hazardu	24
3.1.1 Dopady na fyzické zdraví	24
3.1.2 Dopady na psychické zdraví.....	25
3.1.3 Dopady na sociální zdraví	26
3.2 Vznik a vývoj závislosti.....	27
3.3 Teorie závislosti	28
3.3.1 Biologické teorie	30
3.3.2 Sociologické teorie	30
3.3.3 Psychologické teorie.....	31
4 Faktory významné pro léčbu a úzdravu.....	32
4.1 Faktory na straně klienta	32
4.1.1 Motivace	32

4.1.2	CRMS	35
4.2	Faktory v průběhu léčby	36
4.3	Faktory úzdravy	36
4.4	Faktory na straně léčebného zařízení	37
5	Systém léčebné péče	38
5.1	Léčba patologického hráčství obecně	39
5.1.1	Ambulantní léčba	42
5.1.2	Ústavní léčba	42
5.1.3	Následná péče	43
5.1.4	Terapeutické komunity	43
5.1.5	Denní stacionář	43
5.1.6	Anonymní hráči	44
5.1.7	Dluhové poradny	44
5.1.8	Farmakoterapie	45
5.2	Prevence	45
6	Empirická část	48
6.1	Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky	48
6.2	Metodologie výzkumu	49
6.3	Výzkumný vzorek	50
6.4	Dotazník SOGS (viz přílohy)	52
6.4.1	Lukáš	52
6.4.2	Jakub	52
6.4.3	Pavčina	53
6.4.4	Marek	53
7	Prezentace a analýza dat v rozhovoru	55

7.1	Délka závislosti a uvědomění problému	55
7.1.1	Vznik a vývoj závislosti	55
7.1.2	Délka závislosti a uvědomění si problému	62
7.2	Faktory podporující úzdravu	66
7.2.1	Motivace	67
7.2.2	Rodina.....	69
7.2.3	Zaměstnání	71
7.2.4	Zlepšení fyzického a psychického stavu	72
7.2.5	Finanční poradenství a omezení financí	74
7.2.6	Konkrétní techniky	75
7.2.7	Seberealizace a osobnostní změna.....	77
7.2.8	Záliby.....	78
7.2.9	Strukturace času.....	79
7.2.10	Přátelé	79
7.2.11	Vyhýbání se spouštěčům	80
7.2.12	„Kontrola“	81
7.2.13	Splacené splátky	82
7.2.14	Jiná závislost.....	83
8	Diskuze	86
9	Závěr.....	90
	Seznam použitých informačních zdrojů	92

Úvod

Hry provází život člověka už od dávných dob. Lidé si jimi krátili svůj volný čas, neboť hry byly vždy v první řadě především prostředkem zábavy a člověku přinášely kromě relaxace rovněž vytoužené pobavení. Hru je tedy v jejím významu třeba považovat za jednu ze základních lidských činností; však již v dětském věku je hra primární aktivitou. Hned v samotném úvodu této práce je však třeba vyjasnit pojem „hra“. O hře lze mluvit pouze v případě, že se nejedná o vynucenou činnost, která by byla spojená s plněním nějaké povinnosti či návykovým uspokojením. Hra se v tomto smyslu stává spontánní nenásilnou činností, kterou člověk vykonává dobrovolně, avšak v určitém případě rovněž za důsledného dodržování jejích vlastních stanovených pravidel. Pokud hra splňuje všechny tyto požadavky, je příjemným zpestřením života lidí po celém světě.

Existuje nespočetné množství rčení a citátů typu „Život je hra“, „Kdo nehraje, nevyhraje“ či „Kdo nic neriskuje, nic nezíská“. Člověk je od přírody, stejně jako zvíře, velice hravý tvor. I já jsem velice hravá a o to více soutěživá. Ráda soutěžím ve všem, kde se dá dosáhnout nějakého výsledku. Odjakživa mně přináší velkou radost a uspokojení právě hraní her ať stolních, či sportovních, I sport je jakási forma hry a právě sportovní aktivity již neodmyslitelně patří k mému životu – tenis, badminton, squash, ping pong, volejbal či bowling. Hry mám odjakživa ráda proto, že podporují zdraví, rozvíjejí sportovního ducha a pozitivní myšlení, jsou zábavné, motivují nás k vysokým výkonům a formují naše morální zásady.

Ovšem ne každá hra přináší jenom příjemné potěšení a pocit vítězství, který nám formuje sebevědomí. Na světě existuje nespočetné množství her, které nám přináší spíše než radost velké neštěstí, které je velmi úzce spojeno s finančními problémy. Řeč je o hazardních hrách. Propadnout hazardu není v dnešní době vůbec obtížné, všude kolem nás vyskakují reklamy na sázkové kanceláře, které nás do hry zvou. David Savage jednou prohlásil, že „hrajeme hazardní hry proto, že se nám zdá život příliš předvídatelný a bezpečný“.

Toto téma jsem si pro svou diplomovou práci vybrala proto, že je mi velice blízké. V okruhu mých nejbližších je několik lidí, kteří hazardu propadli. Právě oni mě inspirovali tímto tématem a několika otázkami. Existují faktory, které mohou překonat problémy s hazardem? Je možné zvládnout hazard bez odborné pomoci? Jak?

Cílem mé diplomové práce bude objasnit, jak v dnešní době hazard funguje a především jak ovlivňuje jedince a jeho fungování ve světě. Dále budu zkoumat několik faktorů, které mým respondentům pomohly zbavit se hazardu a začít opět úspěšně žít svůj život.

1 Hazard

„Hra je typickou dětskou aktivitou a v procesu socializace daného jedince sehrává velmi významnou roli. Má velkou stimulační hodnotu, je zdrojem velkého rozvoje podnětů, a to jak v oblasti poznávací, tak i v oblasti psychosociální. V herních aktivitách se dítě učí novým dovednostem a získává řadu praktických zkušeností. Hra je pro dítě, zejména předškolního věku základním stimulačním nástrojem pozitivně ovlivňujícím jeho celkovou vývoj.“ (Prunner, 2008)

A právě hazard má mnoho společného s hrou. Neboť hazard je hra, jejíž výsledek závisí převážně na náhodě. Samotné slovo „hazard“ vzniklo ve středověku z arabského názvu hracích kostek – „azzahr“ = květina – používala se jako obrázek symbolizující štěstí v kostkách (Prunner, 2008).

Pojem „hazard“ je hojně užíván ve smyslu určitého risku ve smyslu riskantního a neuváženého chování. Pokud je v literatuře definován pojem „hazard“ přímo ve spojení s herní činností, pak je uváděno, že se jedná o ten druh hry, kdy o výsledku rozhoduje výlučně náhoda, nikoli hráčská dovednost (Prunner, 2008).

Za hazard je možné považovat sázení peněz nebo v podstatě čehokoliv, co má určitou materiální hodnotu závislou na dané události, avšak vždy s nejistým koncem. Hlavním záměrem hazardu je tyto peníze či hmotné statky rozmnožit. U většiny těchto hazardních událostí je výsledek sázky známý již během krátké doby (Nešpor, 2018).

Právě vidina výhry vyvolává silný pocit vzrušení. Předpokládá se, že toto nezdravé vzrušení souvisí s metabolismem dopaminu, pro tuto teorii svědčí skutečnost, že nekontrolované hraní se někdy objeví po nasazení antiparkinsonik. Tyto léky se používají při léčbě Parkinsonovy nemoci a ovlivňují právě hladinu dopaminu (Nešpor, 2011).

Dle Nešpora (2011) existuje takzvaný rizikový hazard, což je stav, kdy hazard ještě nezpůsobil vážnější psychologické nebo sociální problémy, ale existuje nadprůměrné riziko progresu stavu směrem k patologickému hráčství.

Dále rozdělujeme problémový hazard, který se do jisté míry překrývá s hráčstvím a sázkařstvím. Definován je následovně: „Působí problémy v souvislosti s finančními nebo časovými ztrátami, což s sebou přináší negativní důsledky pro hráče, další lidi nebo

společnost.“ U hráčství a sázkařství bývá zachováno sebeovládání, což je rozdíl oproti patologickému hráčství. (Nešpor, 2011)

1.1 Historie hazardu ve světě

Touha hrát a zkoušet štěstí je pro lidstvo přirozená již celá tisíciletí. Za hazard je možné považovat sázení peněz nebo v podstatě čehokoliv, co má určitou materiální hodnotu závislou na dané události, avšak vždy s nejistým koncem (Kasino, přísně tajné, 2011).

Historie hazardních her sahá již do dávné minulosti. První důkazy o hazardních hrách pochází již 3500 let př. N. l. Stejně jako dnes, se i v dobách minulých objevovala sázení ve všech sociálních vrstvách (Toufar, 2008).

Hry a sázení lidé brali vždy jako zábavu, protože v nich šlo především o soutěživost, která je víceméně každému vlastní. Hrou, která se hrála jako první, byly kostky. Vynalezli je již naši předci v pravěku z kostí zvířat. Po stranách kostek byly nakresleny různé znaky představující symboly tehdy známých věcí a skutečností. Kostky během svého vývoje často měnily podobu i tvar. Podobu, v níž je známe dnes, získaly v období starověkého Egypta. Ve středověku byly kostky velmi populární hrou. Lidé hráli v kostkách o peníze i majetek, a už v této době se vyskytovala spousta podvodných hráčů, jejichž snahou bylo okrást druhé spoluhráče o majetek (Tunel, 2013).

Velmi známé hry jsou rovněž hry karetní. Karty pocházející z Asie převzaly část figur ze šachů, do Evropy se údajně dostaly při křižáckých výpravách. Někteří badatelé předpokládají, že karty se zrodily už v antice, jiní poukazují na nejstarší záznamy z Číny, ale také na možnou kolébku v Persii, Indii, Arábii nebo Koreji. Karty se používaly nejen ke hře, ale sloužily také ke kouzlení nebo věštění. Dochovaly se lidové vykládací karty s obrázky z běžného života, ale také karty s tajemnými – nesrozumitelnými – symboly, které měly udělat na důvěřivého zákazníka náležitý dojem a navodit potřebnou atmosféru (Toufar, 2008).

Další známou karetní hrou je poker. Hru poker lze hrát rovněž na několik způsobů. V dnešní době zaznamenáváme několik druhů pokeru, které se hrají i u nás v kasinech. Mezi ty nejčastější patří karibský poker, ruský poker nebo poker Omaha. Úplně

nejrozšířenější pokerovou hrou je poker Texas Hold'em, zároveň je ze všech nejmladší. O vzniku této hry jsou dodnes spory, takže se, stejně jako u ostatních her, nedá přesně určit, kde se tato hra začala poprvé hrát nebo kdo ji vynalezl (Kasino, přísně tajné, 2011).

Jisté zprávy tvrdí, že hra pochází z Číny. Prvenství vzniku této hry si připisuje i Anglie. Avšak žádný z národů, který si připisuje prvenství pokeru, nehrál poker tak, jak se hraje dnes. Společné jim je pouze to, že se při něm jednalo také o blufování a podvádění. Jisté ovšem je, že poker tak, jak ho známe dnes, se začal hrát až v 19. století v USA ve státě Texas, z čehož pramení i jeho rozšířený název „Texas Hold'em“. Tento typ pokeru se dostal do Las Vegas až 70 let po svém vzniku. Od té doby se začal šířit po celém světě se sjednocenými a stejnými pravidly do kasin. Nyní je poker Texas Hold'em jednou z nejznámějších a nejoblíbenějších karetních her na světě. Tato hra je zároveň jedinou hazardní hrou, která je klasifikována jako sport (Kasino, přísně tajné, 2011).

Většina her, které byly vynalezeny v minulosti, se hrají dodnes. Jednou z nich je např. Blackjack, jehož historie spadá do 17. století, kdy byla vynalezena karetní hra s názvem Vingt-Et-Un. Tato hra byla velice populární. Vymysleli ji Francouzi, od nichž pochází většina her, které se dodnes hrají v kasinech. Blackjack zavítal i do Severní Ameriky. Zde vznikla skupina MIT Blackjack, která cestovala po celé Americe a výrazně se na tuto hru specializovala. Členové v této skupině dokázali obehřávat kasina, protože znali metodu počítání karet na Blackjacku (Francis, 2011).

Další z dodnes nejznámějších her, která se hraje v kasinech již od 17. století, je ruleta, jejíž původ je rovněž z Francie. Slovo „roulette“ v překladu znamená malé kolo. Existují dva typy rulety: francouzská a americká. Francouzská ruleta se hraje spíše ve světě, u nás není k dispozici v žádném kasinu. Americká ruleta je však o to více rozšířená. Svoji podobu od 17. století neměnila, zůstává stále v podobě, v jaké byla původně vynalezena. Ruletu lze hrát v porovnání s ostatními hrami nejvíce možnými způsoby, i proto vždy byla a dodnes je jednou z nejoblíbenějších her v kasinech (Kasino, přísně tajné, 2011).

1.2 Historie her v České republice

Tato kapitola shrnuje historii a vývoj hazardních her na českém území. Základy hazardu na našem území byly položeny již v 18. století. Pravidla her určovali panovníci. Již tehdy musel provozovatel splnit povinnost složit na účet banky určitou výši jistiny na případné výhry. Bez této jistiny nedostal provozovatel svolení k provozu loterie. Již v této době vzniká problém s patologickým hráčstvím. Nejčastěji byla zasažena nejnižší vrstva společnosti, která podlehlá představě vysoké výhry. Na rozvoji hazardních her měl velký zájem stát, protože si určoval výši zdanění. Daň ze zisku se pohybovala kolem 80 %. V případě jakékoliv snahy o manipulaci s losy podvodníkům hrozil až trest smrti, který byl několikrát i vykonán (Kasal, 2001).

První myšlenky na zákaz loterií se vynořily na počátku 20. století. K následnému utlumení hazardních her došlo s příchodem první světové války. Sám stát hazard zakazoval, protože veškeré svoje prostředky poskytoval zbrojnímu průmyslu. K dalšímu rozvoji hazardu došlo až po roce 1918 po rozdělení Rakouska-Uherska a vzniku Československa. Za první republiky se zájem o hazard rapidně zvýšil. Vzniklo Loterní ředitelství v Praze, které bylo podřízeno Ministerstvu financí. Stejně jako v ostatních sektorech došlo k růstu i v oblasti loterií, proto vzniklo mnoho prodejen československé loterie. Mezi léty 1919 a 1928 bylo občanů v loterii celkově prosázeno 900 milionů Kč a vyplaceno 640 milionů Kč (Kasal, 2001).

Rostl počet kupovaných losů, zároveň se zvyšovaly vyplacené výše výher. Toto období bylo přerušeno 30. léty, kdy přišla Velká hospodářská krize, která trh s hazardem značně utlumila. K naprostému zastavení došlo s příchodem Hitlera na území Československa a se zřízením Protektorátu Čechy a Morava. Lidé ztratili zájem o jakýkoliv druh loterie (Kasal, 2001).

Po ukončení druhé světové války pod rostoucím vlivem Sovětského svazu došlo k vytvoření státního monopolu v oblasti hazardu. Organizací, která se zabývala hazardními hrami, byla Státní sázková kancelář (STASKA). STASKA působila pouze v oblasti sportu, sázelo se na sportovní zápasy. Díky tomu, že se jednalo o státní organizaci, proudily veškeré zisky či ztráty přes státní rozpočet. Sázení začalo být velice populární. Díky existenci STASKY putovaly do státního rozpočtu nemalé příjmy. Přesto došlo v roce 1953

ke zrušení této sázkové kanceláře, údajně kvůli možné manipulaci se sportovními výsledky (Novotný, 2008).

V roce 1956 došlo ke vzniku společnosti SAZKA, která podnikala v podobném duchu jako předchozí společnost. Jednou z mála změn oproti STASCE byla skutečnost, že získané peněžní prostředky musely být použity v celé její výši na podporu tělesné výchovy a sportu. Díky velkému úspěchu u veřejnosti a nemalým příjmům do státního rozpočtu došlo k rozhodnutí státu o zavedení nové hazardní hry – Sportky. Tato číselná loterijní hra se stala velmi oblíbenou. Výraznější změny se hazardní hry dočkaly na počátku 90. let 20. století. Dochází k rozdělení společnosti SAZKA na českou (Sazka a.s.) a slovenskou (Športka a.s.) (Novotný, 2008).

Až po pádu socialismu nastal rozmach dalších typů hazardních her, jako jsou kasina, loterie či výherní automaty. O „boomu“ těchto „nových“ her se právě v současné době vedou diskuze nejvíce. Nahrává tomu i fakt, že příjmy z hazardu už nepřipadají jenom státnímu rozpočtu, příjmy mají i obce. Celkově od roku 1990 do roku 2002 vzniklo pět nových společností. Kromě již zmíněné Sazka a.s. vznikla také Fortuna a.s., Chance a.s. atd. (Novotný, 2008).

Za posledních deset let vznikly v důsledku rozmachu hazardních her další nové sázkové kanceláře. V roce 2008 vznikla sázková kancelář StarTip a.s. Kromě těchto společností vznikají v současnosti s rozvojem internetového sázení v České republice další internetové sázkové kanceláře (např. KAJOTbet.cz) (Novotný, 2008).

1.2.1 Legislativa hazardních her v České republice

Od 1. 1. 2017 vstoupil v platnost nový zákon, upravující hazardní hry. Původní zákon č. 202/1990 sb. nahradil zákon č. 186/2016 sb. Tento zákon upravuje podmínky provozování hazardních her v České republice a působnost správních orgánů provozování hazardních her. Vládní návrh zpracovalo Ministerstvo financí České republiky. Hlavním cílem nového zákona je efektivní výběr daní, ochrana sázejícího a jeho okolí a přecházení sociálně patologických jevů souvisejících s hazardními hrami.

Zákon reguluje tyto druhy hazardních her: loterii, kursovou sázku, totalizátorovu hru, bingo, technickou hru, turnaj malého rozsahu a živou hru jako ruleta, poker apod. Od roku 2012 klesl počet hazardních heren na čtvrtinu, tedy z 7542 na 2135, právě díky zavedení novému loterijnímu zákonu. Dnes je dokonce v České republice 457 obcí vyznačujících se celoplošným zákazem hazardu. Nyní se nové nařízení v České republice řadí mezi nejpřísnější v Evropské unii. I přes nový loterijní zákon ovšem počty závislých na hazardu neklesají, ale naopak stoupají (Ministerstvo financí, 2018).

2 Patologické hráčství

„Hrál jsem na automatech stále častěji a začínal nad svým jednáním ztrácet kontrolu. Hrál jsem víc a víc. Kamarádi pili svoji tekutinu a já se nenechal rušit. Bylo to pořád dokolečka.“ (Patologický hráč – 22 let) (Nešpor, 2018).

„Hned, jakmile jsem vše prohrál, jsem začal přemýšlet nad tím, kde vezmu peníze na další sázení, abych vše získal zpět. Několikrát jsem něco ukradl.“ (Patologický hráč – 23 let) (Nešpor, 2018).

Patologické hráčství bylo zařazeno do klasifikace nemocí dle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) v roce 1980. V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-IV, 2005) je patologické hráčství definováno následovně:

- A.** Neustálé a opakované maladaptivní hráčské chování vyznačující se nejméně pěti z následujících příznaků:
1. zaujetí hráčstvím (např. snaha o znovuprožití minulých hráčských zkušeností, následků hazardu nebo plánování nového hazardu nebo přemýšlení o způsobech, jak získat peníze na hraní;
 2. potřeba hrát se stále většími částkami peněz za účelem dosažení vzrušení;
 3. opakované neúspěšné snahy kontrolovat, přerušit nebo vzdát se hraní;
 4. neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo vzdát se hraní;
 5. hraní jako způsob útěku od problému nebo snaha zbavit se dysforické nálady, např. pocit bezmoci, viny, úzkosti, deprese;
 6. po prohře ve hře se často další den vrací, aby je znovu získal („hon“ za penězi);
 7. lže členům rodiny, terapeutům nebo jiným, aby zastřel rozsah svého hráčství;
 8. páchá nelegální činy, jako padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěry, aby získal peníze na financování hráčství;
 9. hráčstvím ohrozil nebo ztratil významné přátele, práci nebo příležitosti ke vzdělání a kariéře;
 10. spoléhá se na jiné, že poskytnou peníze a napravit špatnou finanční situaci, způsobenou hráčstvím;

B. Nelze přiřadit k manické epizodě

V Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10, 2018) je patologické hráčství definováno v kapitole V. Duševní poruchy a poruchy chování pod diagnózou F63.0.

Patologické hráčství podle Světové organizace MKN-10 (Nešpor, 2018) uvádí:

- 1) Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.
- 2) Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.
- 3) Jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle přestat.
- 4) Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí.

Nešpor (2018) zmiňuje, že klíčový znak všech návykových nemocí je zhoršené sebeovládání a že je možné patologické hráčství diagnostikovat i v případě, kdy jedinec nesplňuje čtvrtý znak, protože tento znak je velmi subjektivně hodnocen.

Patologické hráčství je tedy nelátková závislost, která se řadí mezi impulzivní poruchy. Světová zdravotnická organizace definuje patologické hráčství následovně:

„Porucha spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat ztrátu zaměstnání, to, že se velmi zadluží, budou lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí. Toto zaujetí a puzení se často zvyšuje v období, kdy je život stresující. K diagnostickým vodítkům patří trvale se opakující hráčství, které pokračuje a často i vzrůstá navzdory nepříznivým sociálním důsledkům, jako je zchudnutí, narušené rodinné vztahy a rozkol osobního života.“ (Höschl a spol., 2002)

Dle Machové a spol. (2006), bychom měli patologické hráčství rozlišovat od:

- a) hráčství a sázkařství (hraní pro zábavu a vzrušení, nebo jako pokus vyhrát peníze), lidé této kategorie budou svůj zvyk pravděpodobně držet na uzdě, když budou muset čelit těžkým životním obdobím;
- b) nadměrného hráčství u manických pacientů;
- c) hráčství u sociopatických osobností (u těchto lidí se vyskytuje širší trvalá porucha sociálního chování, která se projevuje agresivními činy nebo jinak výraznými projevy nedostatku zájmu o blaho a city jiných lidí).

2.1 Bažení

Bažení neboli craving je klíčovým znakem závislosti na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách. Lze se s ním však setkat i u jiných návykových nemocí jako u patologického hráčství. Bažení se podílí na vzniku i udržování návykových nemocí. Je to vlastně zcela běžná, ale zásadní komplikace abstinence. Craving je jeden z podstatných projevů závislosti. Je to nutkavá touha užít drogu (také hazardní hru) spojená s kompulzivním užíváním drogy (hazardní hry). Vyskytuje se při odnětí drogy (zde hazardní hry) nebo během abstinence při kontaktu s hazardní hrou (Kalina a spol, 2008).

Bažení bývá vyvoláváno silnými negativními emocemi jako např. hněv, úzkost, strach, deprese, ale i divoké radostné vzrušení. Stejně jako silné emoce i bažení zhoršuje kognitivní funkce, což se projevuje nesoustředěností, zúženým vědomím či horším rozhodováním. Bažení bývá vyvoláno stresem (Nešpor, 2015).

Craving zřetelně zhoršuje sebeovládání ve vztahu k alkoholu nebo jiné droze: To dokazuje skutečnost, proč je pro závislé na alkoholu snazší abstinovat, než ho pít s mírou. Bažení bývá vyvoláno spouštěči, kterými jsou specifické podněty. K typickým vnějším spouštěčům patří herna. Aby bažení bylo pro člověka zvladatelné, je pro něj nejdůležitější vyhnout se takovým spouštěčům. Craving či bažení je zkrátka velkou překážkou při snaze abstinovat. Jeho intenzita závisí na druhu látky, na její dostupnosti a na situaci jedince. S časem intenzita klesá, ale není vyvratitelné, že nemůže trvat i několik let (Nešpor, 2015).

2.2 Relaps

Jedním z termínů označujících návrat ke drogám, které lze v literatuře nalézt, je recidiva. Tento pojem je popsán jako „návrat k nemoci, která již byla vyléčena nebo u ní zmizely příznaky“. Uvedená definice odpovídá medicínskému pojetí závislosti, které nahlíží na závislost jako na nemoc (Kalina, 2015a).

Dle Nešpora (2018) znamená recidiva to, že závislý po období abstinence znovu „sáhne“ po droze. Uvádí také americkou literaturu, kde je rozlišena krátká recidiva neboli uklouznutí („laps“) a dlouhá recidiva s nepříjemnými následky („relaps“). Kalina (2015a) uvádí, že většina klientů relabuje v prvním roce po dokončení léčby, obzvláště zranitelné jsou však první tři měsíce.

Konkrétně relaps znamená návrat k dřívější úrovni užívání drog po pokusu toto chování ukončit nebo redukovat. Pokud u závislého k relapsu dojde, často ho paradoxně utvrdí v tom, že rozhodnutí abstinovat bylo správné. Naproti tomu laps představuje příležitost pro nové učení, pro nerozvinutí lapsu v relaps je klíčové, jak klient tento proces vnímá. Pokud klient chápe laps jako drobnou odchylku a příležitost k učení, pravděpodobně se vrátí k cíli (Kalina, 2015a).

Marlatt a Gordonová definují rizikové situace, které představují ohrožení pocitu sebekontroly jedince a zvyšují riziko relapsu. Tyto situace vystavují člověka spouštěčům, ale to, zda uklouzne, určuje způsob jejich zvládnutí (Millerová, 2011). Jedná se o:

- ❖ negativní emocionální stavy;
- ❖ interpersonální konflikty;
- ❖ sociální tlak (přesvědčování, či přítomnost hrajících osob);
- ❖ bažení (craving).

2.3 Diagnostika

Diagnostických nástrojů především ve formě dotazníků existuje velké množství, jak pro samotné hráče, tak pro manželky (např. dotazník organizace Anonymních hráčů pro manželky patologických hráčů). Diagnostické manuály i testy zkoumající hazardní hráčství

většinou pracují s nějakým druhem stupnice, která určuje závažnost problému (Blinka a spol, 2015).

Nejpoužívanějším diagnostickým nástrojem v USA je v současné době dvacetipoložkový South Oaks Gambling Screen, který se u nás prakticky nepoužívá (Lesieur a Blume, 1987). Test trvá 10–20 minut a jeho vyhodnocení 10 minut, tento test uvádím v příloze.

Existuje jeho zkrácená alternativa, kterou uvádí Johnson a spol. 1997 (citováno dle Nešpor, 2018), tzv. Lie/Bet screen patologického hráčství, který má dvě otázky:

Cítil jste někdy potřebu vyhrávat více a více peněz?

Musel jste někdy lidem, kteří jsou pro vás důležití, kvůli hazardní hře lhát?

Dvě kladné odpovědi znamenají patologické hráčství. Podobně jako jiné screeningové vyšetření i tyto nástroje ukážou spíše falešně negativní než falešně pozitivní výsledek. Právě zařazení patologického hráčství do diagnostických manuálů s sebou může nést riziko stigmatizace (Nešpor, 2018).

2.4 Typologie hráčů

Mnohdy se rozlišuje mezi „sociálními hráči“ a „závislými hráči“. Jako sociální hráče můžeme nazývat lidi, pro které je hraní zábava bez nepříznivých dopadů na jejich život. Tito hráči mají naprostou kontrolu nad měřítkem času i peněz, které jim hraní vezme, hru považují za zábavu a jsou schopni kdykoliv přestat. Závislý hráč kontrolu zcela ztrácí. Takoví hráči hrají dál i přes jasné negativní důsledky, které právě jejich hráčský zlovyk způsobil (Hughes a Ustok, 2013).

Hazardní hráče rozděluje do různých skupin mnoho autorů, z nichž uvedu tři. Vykopalová (2001) dělí hráče do tří skupin:

- a) Sociálně adaptovaní – hrají pro radost, pro zábavu, hru mají zcela pod kontrolou, doufají ve výhru.
- b) Profesionálové – jedná se o hráče, kteří si triky a podváděním vydělávají na živobytí.

- c) Chorobní hráči – 1) Hráči, kteří hře propadli po pádu na společenském žebříku. Jedná se o lidi, již byli neúspěšní v kariéře, hru berou jako svůj životní styl.
- 2) Hráči, kteří propadli automatům – často mladiství, kteří měli problémy s chováním ve škole i v rodině, nezaměstnaní a lidi, již měli problémy s drogami či trestnou činností.

Studiem padesáti gamblerů sestavil Moran (citováno z Prunner, 2008) v roce 1970 dělení patologických hráčů do pěti podtypů:

- a) Neurotický hráč – Hra je odpovědí na emoční problémy (34 %).
- b) Psychopatický hráč – Hraní se objevuje ve spojení s asociálními vzorci chování (24 %).
- c) Impulzivní hráč – Zde je typická ztráta kontroly během hry (18 %).
- d) Subkulturální hráč – Hráč hraje proto, aby se neodlišoval od ostatních, ale později nad hraním ztrácí kontrolu (14 %).
- e) Symptomatický hráč – Hraní je spojeno s psychickou poruchou (10 %).

Na základě analýzy jednotlivých položek manuálu DSM-IV sestavil Chvíla (citováno z Mühlpachr, 2008) typologii hráčů:

- a) Typ A – hráč se snaží zopakovat si hazardní jednání, projít znovu hráčskou zkušenost s větší potřebou vkladu do hry, a to za cenu nezákonných činů spojených se získáním financí. Jedná se o sociálně narušeného jedince, který má rysy sociální maladaptace.
- b) Typ B – hledá náhražku svých pocitů viny a úzkosti, má nejvýrazněji vyjádřenou potřebu útěku od reality do hry. Často lže, problém si nepřizná. Inklinuje k neurotickému řešení problémů, má zvýšená nejistota v sebehodnocení.
- c) Typ C – je nejvíce neschopen kontrolovat hru, při myšlence o ukončení hry je podrážděný, nepřipouští si sociální dopad, ztráty ani izolaci, kterou mu hraní přineslo. Tento typ má výraznou toxikomanickou dispozici a kompulzivitu v řešení situací.

3 Závislost

„Jasně jsem si uvědomil, že jsem závislý, když jsem slíbil synovi, že přijdu domů za dvě hodiny, a místo toho jsem přišel za 14 dní.“ (Nešpor, 2018)

Z formálního hlediska je závislost to, co odpovídá definici podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky nebo třídy látek u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. (Nešpor, 2018)

Teorie vzniku závislostí jsou rozčleněny z biologického, sociologického, psychologického a kulturně antropologického hlediska. Biologické teorie se zaměřují na výzkum a možnost vrozených predispozic. Sociologické teorie vnímají vznik závislosti jako sociální jevy, které způsobuje kladný postoj společnosti. Psychologické teorie zohledňují vliv osobnostních rysů na vznik závislosti. Antropologická teorie naopak zohledňuje vliv znaků jedinců a historických, kulturních faktorů (Mühlpachr, 2001).

Mezi typické znaky závislosti patří bažení (ang. craving), což je silná touha nebo puzení užívat látku (př. „Ani v noci jsem nebyl líný vstát a jel točit“ – závislý na výherních automatech). Dalším znakem závislosti bývá zhoršené sebeovládání (př. „Kontrolu jsem nad sebou neměl žádnou, co se týká hraní, prostě jsem to vše vsadil a risknul“ – závislý na internetovém sázení). Dále odvykací somatický stav, růst tolerance či zanedbání jiných potěšení a zájmů (Nešpor, 2018).

Zvýšené riziko vzniku závislosti je u lidí, kteří hledají stále nové zážitky. Je typické, že se člověk snaží uniknout problémům a dosáhnout svého štěstí a fantastických zážitků. Toho by rád dosáhnul bez vynaložené námahy a nejraději okamžitě, bez jakéhokoliv čekání (Hartl, 2000).

Nejčastější výskyt závislostního chování je drogová, alkoholová, nikotinová závislost a gamblerství. Na základě vnímání dění ve společnosti je patrné, že všechny tyto problémové oblasti se často kombinují. Často je nutné k vyléčení jedné závislosti vzdát se i jiných. Konkrétně při léčbě gamblingu se doporučuje celoživotní alkoholová abstinence (Röhr, 2015).

3.1 Nežádoucí účinky závislosti na hazardu

Rizik hazardu je nespočetné množství, mezi které patří například vyšší tepová frekvence, nemoci pohybového ústrojí, nemoci kardiovaskulárního systému, trávicího ústrojí apod. Za nejzávažnější nemoci jsou ale považovány onemocnění duševní – rozvoj patologického hráčství, deprese, poruchy spánku, úzkosti, sebevražedné sklony, sociální vyloučení, nezaměstnanost, chudoba, bezdomovectví či vyšší riziko uvěznění. Téměř vždy hazard vede k dysfunkci v rodinách – dochází k odcizení, násilí, sociální izolaci či hmotné nouzi. Častá je při patologickém hráčství rozvodovost. Manželky hráčů se často izolují od okolí, protože se za problémy stydí, také mají sklon k depresi a ke zneužívání alkoholu. Při hře dochází k nadužívání tabákových výrobků, často je hra spojena i s užíváním jiných návykových látek (Nešpor, 2011).

3.1.1 Dopady na fyzické zdraví

Somatická komorbidní onemocnění je heterogenní skupina onemocnění vzniklá v souvislosti s hazardním hráčstvím. Během rozvoje patologického hráčství dochází vlivem prostředí, změn stravovacích, pohybových návyků ke vzniku somatických onemocnění chrupu, zraku, zažívání, srdce a krevního oběhu, páteře, dýchacího ústrojí i jiných. Mohou být vážnějším problémem než samo patologické hráčství. Svízelná je i jejich léčba. Aktivní patologičtí hráči nedostatečně spolupracují, nejsou schopni, až na výjimky, dodržet léčebný režim (Nešpor, 2011).

Největším rizikem jsou ovšem sebevražedné tendence hráčů. Dle výzkumu Maierové a spol (2014) mělo suicidální myšlenky více než 70 % hráčů. Pokus o sebevraždu provedlo 30 % zúčastněných. Jako nejčastější způsoby zvolili spolykání léků, podřezání žil, skok pod vlak nebo auto, užití jedu, vhození elektriky do vody, udušení plynem nebo igelitem. Jedná se o vysokou hodnotu, kdy velká část souboru má suicidální myšlenky nebo již jeden sebevražedný pokus za sebou, a je zřejmé, že tomuto problému je v klinické praxi nutné věnovat náležitou pozornost. Nejčastějším důvodem jsou silné pocity viny a uvědomění si negativních dopadů hraní. Velmi často hráči popisují zoufalost, pocit beznaděje, bezvýchodnost situace, kterou řeší dvěma způsoby: buď otočí agresí, která je sycena silnými pocity viny, proti sobě (pokus o sebevraždu), nebo směřují agresí ven a jednají protizákonně (přepadení, loupeže, zpronevěry).

Právě riziko sebevražděného chování u hráčů je předmětem také významné norské studie Rossowé a Hansenové (2008) z institutu SIRIUS. V ní se uvádí, že problémoví hráči, kteří vyhledávají léčbu, mají sebevražděné myšlenky nebo se pokusili o sebevraždu. V porovnání s ostatními se sebevražděné chování u patologických hráčů vyskytuje v souvislosti s psychickými problémy, alkoholem nebo drogami, vztahovými problémy a finančními problémy. Populační průzkumy naznačují, že sebevražděné chování se objevuje častěji u problémových hráčů než mezi ostatními. Studie vztahu mezi hazardní hrou a sebevražděným chováním na agregované úrovni poskytly jednoznačné výsledky. Není jasné, zda hazardní hry samy o sobě mohou zvyšovat riziko sebevražděného chování. Nicméně vysoká prevalence sebevražděného chování u problémových hráčů naznačuje, že riziko sebevraždy problémových hráčů musí být zahrnuto v léčbě.

3.1.2 Dopady na psychické zdraví

Z hlediska etiologie tvoří jedinci se závislostí primární skupinu psychiatrických nemocí. Většinou hráči nekontrolovatelně začínají užívat návykové látky a také hazardně hrát v důsledku psychických potíží. Jedná se o tzv. model sebemedikace. Často je možné se s tímto modelem setkat např. u úzkostných a depresivních poruch, kde patologické hráčství mimo jiných (alkohol, léky bez předpisu atd.) bývá významnou komplikací a kde uvedené látky a hazardní hra mohou dočasně pomáhat pacientovi řešit jeho obtížné stavy. Druhou variantou je pak opačná situace, kdy např. masivní hazardní hra může vést ke vzniku psychických poruch (nejčastěji ze skupiny úzkostných a depresivních poruch), doprovázených většími či menšími kognitivními deficity (Kalina a spol, 2008b).

Což potvrzuje výzkum Maierové a spol (2014), kde byla celkem u 35 % účastníků v souvislosti s jejich psychickým stavem zahájena farmakoterapeutická léčba. Pro jiné psychické komorbidní obtíže se někdy v minulosti léčilo 23 % účastníků. Jednalo se např. o léčbu schizofrenie, závislosti na alkoholu, deprese, úzkosti apod.

Dále Šerý (2001) uvádí u patologického hráčství existenci několika frekventovaných situací: 45–55 % patologických hráčů trpí současně alkoholismem; 65–85 % závislostí na nikotinu; kombinované užívání s těmi nejvíce nebezpečnými látkami (zejména s metamfetaminy), případně kombinace těchto látek s alkoholem, tabákem a hazardní hrou.

Osoby, jimž byla někdy diagnostikována nějaká návyková porucha, mají významně vyšší riziko, že se u nich vyvine jiná návyková porucha. Popsána je například souvislost mezi drogovou závislostí a gamblingem, hypersexualitou a zneužíváním drog, patologickým hráčstvím a hypersexualitou a souvislost všech uvedených s poruchami příjmu potravy (Blinka, 2015).

Toto tvrzení potvrzuje i Kalina ve své knize (2015b), který uvádí, že další návykovou poruchou trpí 10–50% závislých.

Kromě toho, že se patologické hráčství a závislost na návykových látkách často objevují současně, charakteristická je pro ně i komorbidita s podobnými poruchami, například antisociální poruchou osobnosti (Blinka, 2015).

3.1.3 Dopady na sociální zdraví

Nešpor, Čapková a Csémy (2010) popisují kontext patologického hráčství a chudoby. Chudoba je definována Světovou bankou jako stav, kdy není jedinec schopen uspokojovat své základní potřeby způsobem, který je běžný ve většinové populaci. Souvislost mezi chudobou a návykovými nemocemi, o to více patologických hráčstvím, je obousměrná. Patologické hráčství může vést k chudobě a chudoba a s ní související stres zvyšuje riziko patologického hráčství.

Nešpor a Scheansová (2009) dále uvádí výsledky průzkumu v Psychiatrické léčebně v Praze – Bohnicích mezi 47 patologickými hráči, z nichž vyplývá, že finanční ztráta v důsledku hazardu před léčbou činila v průměru 1 570 590 Kč na jednu osobu, právě zde se potvrzuje souvislost s chudobou.

Podle zdravotní vědecké studie Meyera (2009) z Institutu pro psychologii a kognitivní výzkum Univerzity v Brémách je nezákonné opatřování finančních prostředků na hazardní hru charakteristickou vlastností patologických hráčů. Podle početných klinických studií, uvedených v této analýze hazardních her, byla zjištěna vysoká procentní míra páčání trestné činnosti u léčených patologických hráčů nebo hráčů navštěvujících svépomocné skupiny (Anonymní gambleři). Celosvětovým údajem je pak 27–90 % patologických

hráčů, kteří si opatřili finanční prostředky na hazardní hru nelegálním způsobem, kde údaje vycházejí z osobních sdělení.

Ve výzkumu Maierové a spol. (2014) se v souvislosti s hráčskou kariérou dopustilo trestného činu 85 % účastníků. Jednalo se o krádeže, finanční zpronevěry, finanční podvody či nedovolené půjčení peněz doma od svých blízkých či partnerů. Více než polovina souboru již jednu léčbu z patologického hráčství absolvovala, a je tak zřetelná tendence k recidivě, charakteristická obecně pro celou oblast těžších forem závislostí.

Účastníci popisují velké problémy ve vztahové oblasti. Právě na rozchodu s partnery má největší podíl patologické hráčství a problémy spojené s ním. Rodinní příslušníci nemají k hráčům již důvěru, proto důvěru musí budovat od začátku, což může být unavující. Na obnovení vztahů mají často možnost pracovat v rámci rodinné terapie. Tyto ekonomické, psychické, rodinné a sociální důsledky dokreslují kritický stav, do kterého se hráči v důsledku hraní dostali. Často hráči vyhledají léčbu, až když jsou v poslední, konečné fázi svého hraní. V tuto chvíli hraní ovlivnilo a změnilo celý jejich život a život jejich okolí. Alarmující finanční problémy mnohdy provázejí klienta i několik let po léčbě. Tento neustálý tlak a stres zvyšuje riziko relapsu a následné porušení abstinence (Maierová a spol., 2014).

3.2 Vznik a vývoj závislosti

Délka hráčské kariéry je individuální. K začátku hraní dochází nejčastěji ve věku kolem dvaceti let. Mezi první zkušeností s hraním hazardních her a následným přechodem k pravidelnému hraní prakticky neexistuje žádná mezifáze. Zhruba po šesti až osmi letech dochází dle výpovědí z výzkumu účastníků k pocíťování vážných problémů způsobených hraním, i když tato perioda může být velmi individuální (Maierová a spol., 2014).

Ve výzkumu Maierové a spol. z roku 2014 účastníci (celkem 147) uvádí, že impulzem k hraní pro ně byla touha po penězích (45 účastníků), volný čas, kdy hra fungovala jako forma trávení volného času (36 účastníků), únik od problémů (32 účastníků), dalších 21 respondentů uvedlo, že je hra baví, 13 respondentů uvedlo jako impuls ke hře alkohol a 12 jich uvedlo návykové látky, toto číslo je ovšem mnohem vyšší. Později se k užívání

škodlivého množství návykových látek přiznalo 47 % účastníků, kdy téměř většina zvýšila 2x tolik dosavadní konzumaci cigaret.

Většina autorů uvádí stejné fáze vzniku závislosti na hazardu, v této práci vycházíme z Lesier a Custer (1984).

a) 1. fáze – fáze výher (winning) – je pro ni charakteristické vyšší sebevědomí hráče, které roste na základě výher. Hráč má pocit kontroly nad hrou a připisuje výhry svým schopnostem. Začíná hru upřednostňovat a často se chlubí výhrou. Postupně dochází k zvyšování vkladů do hry a větší frekvenci hry.

b) 2. fáze – fáze proher (losing) – začíná se projevovat neschopnost přestat hrát. Hráč začíná prohrávat a chce dostat nazpět prohrané peníze. Zvyšuje sázky a frekvenci hraní. Vzniklé problémy řeší sliby a lhaním. Z počátku věří, že danému slibu dostojí. Postupně začíná lhát i vědomě, když ví, že není schopen slib dodržet. Začíná mít problémy s blízkými lidmi a ekonomickou situací. V této fázi dochází k bodu zlomu, kdy hráči dojdou jeho peníze, pokud hraní nezastaví, začíná uvažovat o nelegálních možnostech pro zajištění financí. V chování hráče převládá podrážděnost, neklid, uzavřenost či zanedbání zdraví.

c) 3. fáze – fáze zoufalství (desperation) – hráč intenzivně dělá nejrůznější podvody, zpronevěry, aby dosáhl finančních prostředků. Pravidelně využívá svého postavení a dopouští se krádeží v rodině. Dochází k odcizení rodiny a přátel. Dopad to má i na psychickou stránku jedince, kdy se dostavují stavy úzkosti, deprese, pocity viny, beznaděje a často sebevražedné myšlenky.

Rosenthal v roce 1992 (citováno dle Prunner 2008) popisuje navíc 4. fázi – fázi rezignace anebo beznaděje. Hráč v této fázi rezignuje, ztrácí schopnost vlastního rozhodování, dostává se do celkové pasivity, objevují se psychické komplikace, psychosomatické projevy, suicidální pokusy a podobně.

3.3 Teorie závislosti

Mechanismus vzniku závislosti na procesech je v řadě aspektů podobný jako u drogových závislostí, i když zpravidla primárně nepoškozují tělo člověka, jak se děje v důsledku

užívání drog. Závislost na procesu a drogová závislost mají ovšem společné charakteristiky, zejména pozvolný, plíživý a neuvědomělý vznik, neostrou hranici mezi využíváním, používáním, problémovým užíváním a závislostí (Kalina, 2008).

Teorie patologického rozvoje závislosti jsou různorodé, podle typu faktorů, které zdůrazňují. Variabilnost hypotéz odpovídá skutečnosti, že závislost je složitým interdisciplinárním problémem. V odborné literatuře se nenachází jednoznačné přímé vysvětlení vzniku závislosti. V současné době jsou formulovány teorie vzniku závislosti a jsou tříděny podle hledisek, které dominují. Z hlediska nejednoznačné odpovědi vzniku závislosti je přirozené, že při léčbě a prevenci návykových problémů se využívá více postupů (Nešpor, 2018).

Pokud bychom chtěli hledat příčiny vzniku závislostí, je jasné, že pouze jedna příčina neexistuje. Mezi příčinami vzniku závislostí na návykových látkách lze však rozlišit přinejmenším tři skupiny činitelů – drogu (alkohol, sázení), člověka a prostředí. K závislosti dojde tehdy, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti s drogou, která u něj vyvolá nutkání ji pravidelně užívat. Dochází k tomu zpravidla častěji v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují (herny, bary). Nešpor (2014) uvádí, že to, zda se závislost rozvine, je dáno mnohaúrovňovou interakcí činitelů.

Podle Krause (2014) lze rozlišit endogenní a exogenní příčiny vzniku deviantního chování. Endogenní příčiny mohou mít povahu biologickou, jedná se tedy o faktory geneticky dané a vrozené nebo psychologickou povahu, což jsou faktory osobnostní, které se vytvořily v průběhu vývoje osobnosti.

Gambleři jsou většinou extroverti a rádi vyhledávají nové zážitky a zkušenosti, rádi riskují a projevuje se u nich větší agresivita a exhibicionismus (Kol., 2004).

Exogenních příčin je nespočetně. Uvedu zde jen nejdůležitější. Velmi zásadní je příležitost ke hře. V dnešní době máme reklamy na sázkové kanceláře téměř všude. Další vliv na to, aby člověk začal hrát, má rodina a přátelé. Dalším významnou příčinou jsou peníze v hotovosti. Pokud má člověk u sebe větší obnos peněz, je větší pravděpodobnost, že si zahraje (Kol., 2004).

Faktory, které ovlivňují vznik závislosti, jsou biologické, mezi které patří vrozené rysy osobnosti, temperament, impulzivnost a které jsou podmíněné geneticky. Dále jde o psychologické faktory, kam se řadí např. deprivace z dětství, nevytvořený attachment, izolace nebo nevyřešený psychický konflikt. Dalším neopomenutelným faktorem je faktor sociální, kde se může projevit naučené nežádoucí chování z rodiny nebo z některých skupin, špatné rodinné zázemí, vliv ostatních vrstevníků nebo nějaké party apod. (Fischer, 2006).

Ostatně máme desítky teorií pro vznik závislosti, zde uvedeme nejdůležitější:

3.3.1 Biologické teorie

Základním východiskem je hledání biologicky podmíněných znaků, které vytváří dispozice pro vznik a rozvoj závislosti.

- ❖ Genetické teorie – dispozice k závislosti spočívá přímo v dědičné informaci.
- ❖ Enzymové teorie – spojují vznik a rozvoj závislosti v působení základních enzymů, odbourávajících alkohol, tedy spíše u závislosti na alkoholu.
- ❖ Dopamin-endorfinové – endorfiny jsou vznikající látky v organismu podobné opiátům, které vzbuzují podobné účinky jako drogy. Organismus je produkuje, když se člověk ocitne v extrémní zátěžové situaci a při silných bolestech. Endorfiny zmírňují bolesti, mají dočasně omamující účinky a vyvolávají pocity euforie. V určitých situacích jsou v lidském mozku prokazatelně přítomné (Mühlpachr, 2001).

3.3.2 Sociologické teorie

Vycházejí ze společenských vztahů a jejich zákonitostí. Podle těchto teorií je deviance jev, který vzniká jako produkt patologického sociálního prostředí, v němž jedinec žije. Sociologické přístupy zdůrazňují v souvislosti se sociálně deviantním jednáním jako rozhodující vliv společnosti. Problémy navazující na konzumaci alkoholu, drog, obecně patologické závislosti mají povahu sociálních jevů (Nešpor, 2006).

- ❖ Klasické studie – zaměřují se na obecné vývojové charakteristiky, ke kterým ve společnosti dochází díky vzrůstajícímu tlaku na výkonnost, tímto dochází k nárůstu potřeby mírnit tyto tlaky, což může zajistit droga a alkohol (Mühlpachr, 2001).

- ❖ Teorie distribuce – tato teorie využívá Ledermannovu křivku logonormálního rozložení spotřeby. Základní tezí je předpoklad vztahu mezi celkovým objemem konzumace drog a procentem závislých (Mühlpachr (2001).
- ❖ Teorie sociální anomie – jedná se o stav ve společnosti, kdy dochází k nedostatečné sociální regulaci a přestávají platit zákony. Pokud stávající solidarita není v souladu s existující dělbou práce, dochází k nárůstu patologických jevů a ty mohou vyústit v anomii, tedy rozklad sociálních norem, kdy přestávají platit zákony a pravidla soužití (Kraus a spol., 2014).
- ❖ Teorie sociální dezorganizace – podle té je třeba lidskou společnost vnímat jako živý organismus, který se od ostatních živočišných forem liší kulturou, tedy systémem uměle vytvořených pravidel. Podle stoupenců této teorie dezorganizované prostředí sousedských (vrstevnických apod.) vztahů pomáhá produkovat a zachovávat „kriminální tradice“. Pokud se stane takové chování součástí určitých kulturních vzorů, pak se přenáší z generace na generaci. Ti, kteří se narodí v sociálně dezorganizované zóně, jsou vystaveni tlakům jednat deviantně (Kraus, 2014).

3.3.3 Psychologické teorie

Psychologické teorie kladou důraz na osobnost jedince jeho motivaci, agresi, frustraci či sílu ega.

- ❖ Hlubinná psychologie – první pokusy vysvětlit patologické zneužívání návykových látek obsahovaly předpoklad specifické osobnostní struktury závislých, s rysy raných vývojových stádií, tedy se silnou potřebou péče, nízkou tolerancí vůči frustraci a bolesti. Vedle specifické osobnostní struktury byla předpokládána přítomnost infantilních nevědomých potřeb, které byly uspokojovány prostřednictvím drog. Abúzus představuje emoční obranu, spojenou se snahou navodit rovnováhu organismu. Drogy jsou užívány k emočnímu zvládnutí interakce s okolním světem. Vědomé užívání není hledáním vzrušení, ale farmakologickou redukcí emočního utrpení a stresu.
- ❖ Neobehaviorální psychologie – závislost dle této teorie není nemoc, ale naučené chování, které vychází z potřeby sebeprosazení (Mühlpachr, 2001).

4 Faktory významné pro léčbu a úzdravu

Záměrem této kapitoly je upozornit na okolnosti, které s dosažením léčebných a sociálně-rehabilitačních cílů mohou souviset, včetně těch, které odborníci mohou ovlivnit a zvýšit tak účinnost procesu změny (Kalina, 2015).

4.1 Faktory na straně klienta

Dle Kaliny (2015) k nejdůležitějším výzkumně zjištěným prediktorům výsledků patří:

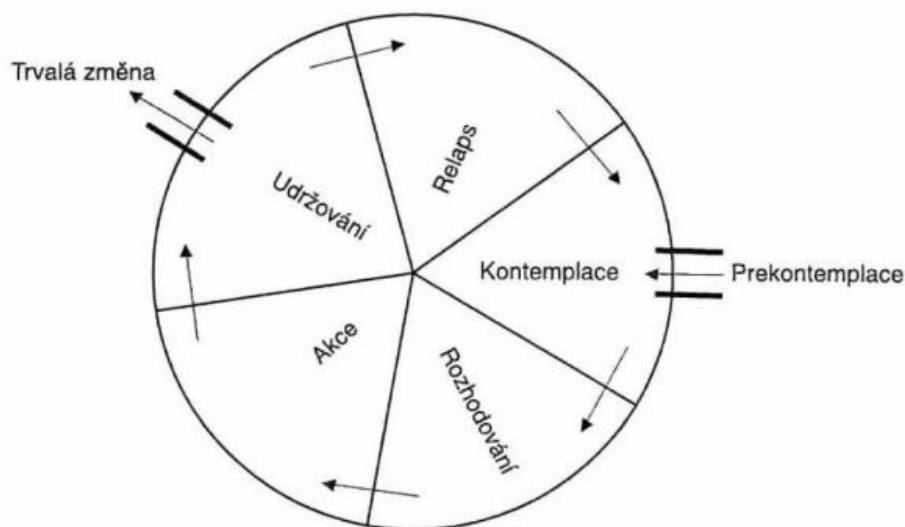
1. **Věk při začátku závislosti** – čím později závislost vzniká, tím lepší má prognózu.
2. **Délka kariéry** – čím delší je kariéra, tím hůře se dosahuje léčebného efektu, proto je důležitá včasná intervence, to bohužel naráží na nedostatek klientovy motivace.
3. **Psychopatologické komplikace** – „neúspěšní“ klienti se často vyznačují emočními či osobnostními komplikacemi, jako je deprese, porucha osobnosti apod.
4. **Kriminální anamnéza** – závažná kriminální činnost koreluje s neúspěchem léčby.
5. **Motivace k léčbě** – stupeň motivace předznamenává setrvání v léčbě a její výsledek.

4.1.1 Motivace

V tradičním modelu léčby závislých vládlo přesvědčení, že motivace je výhradně věcí klienta. Optimální motivaci zajišťovala situace debaklu, v níž se klient ocitl a nenacházel jiná východiska, než je nástup do léčby. Klientela současných léčebných programů je ale mnohem různorodější. Momentálně máme tendenci zapojit klienta do léčby dříve, než se dostane na „dno“ (Kalina, 2015a).

Posun v nazírání na motivaci přináší koncept cyklických stádií motivace, známý jako „kolo změny“. To umožňuje mnohem optimističtější přístup. Nezřídka člověk v procesu uzdravování projde celým kolem, než dosáhne stabilní změny. Právě terapeut musí časovat a dávkovat své intervence podle toho, v jakém stadiu změny se klient nachází (Kalina, 2015a).

Obrázek: Cyklický model změny dle Prochasky a DiClementeho (Konečný, 2004)



1. *Prekontemplace* – v této fázi klient o vlastní změně neuvažuje, užívání drogy ho neznepokojuje, naopak ho většinou těší a přináší uspokojení (Kalina, 2013). Lidé nacházející se v této fázi zkrátka nepovažují své chování za problémové. Co se týče závislého chování, jedná se nejčastěji o lidi „v odporu“, nebo takové, kteří „popírají svůj problém“. Čtyři typické postoje v prekontemplaci se podle DiClementa (2003) dají popsat jako tzv. čtyři R (z anglického originálu, v českém překladu zcela neplatí): váhavost, rebelství, rezignace a racionalizace. Váhaví lidé v prekontemplaci buďto nemají dostatek znalostí o situaci, anebo z pouhé setrvačnosti prostě nechtějí o změně přemýšlet. Rebelové působí nepřátelsky a mají odpor k tomu, aby jim někdo říkal, co mají dělat. Opakem chování rebelů je rezignování. Tato skupina se vzdala naděje na změnu a problém je zcela zavaluje. Rezignovaní klienti vidí na cestě ke změně nepřekonatelné překážky, a tudíž považují změnu za beznadějnou. Racionální klienti o změně neuvažují, protože jsou si vědomi míry rizika nebo mají spousty důvodů, proč problém vlastně není problém, a když, tak ne pro ně, ale jen pro druhé lidi (DiClemente, 2003).

Podle Kaliny (2013) nelze přesto fázi prekontemplace ztotožňovat s nulovou motivací. Klient se ještě nerozhodl o vlastní změně uvažovat, ona změna však visí ve vzduchu: pro někoho je možná, někdo o ní uvažuje.

2. *Kontemplace* – druhá je fáze uvažování. Kalina (2013) píše, že nejdůležitější změnou oproti předchozí fázi je výskyt problémů, které si klienti dávají do přímé souvislosti se závislostí. Závislost stále ještě přináší uspokojení, ale začínají narůstat pochybnosti o správnosti dalšího uvažování a narůstají obavy z budoucího vývoje. Je typická ambivalence. Klient zvažuje výhody a nevýhody změny, zisky a ztráty, průchodnost a náklady.

V terapeutické práci s klientem nám pouhý fakt, že klient má vůli uvažovat o potížích a možné změně, dává naději. Mnoho klientů zároveň čeká na tu poslední kapku, která je přikloní směrem k rozhodnutí (DiClement, 2003).

3. *Rozhodování* – nevýhody závislosti už získávají převahu nad výhodami. Podle Kaliny (2013) jsou v popředí otázky o formě změny a jejím časování, klient přemýšlí o formě léčebného programu.

DiClemente (2003) popisuje fázi rozhodování jako snahu učinit správné kroky k zastavení problémového chování a k nastoupení pozitivní cesty. Většina ze zúčastněných se chystá udělat a udělá významný pokus o změnu a mnoho z nich se už o to v nedávné době pokusilo. Vypadají, že jsou připraveni se zavázat a podstoupit akci. Tato fáze jako taková však představuje stejnou míru přípravy jako odhodlání. Závazek pak musí být doprovázen vhodnými dovednostmi, na které je třeba se zaměřit v procesu terapeutické práce s klientem.

4. *Akce* – v této fázi klienti následují a dodržují svůj připravený plán. Dostávají se do léčebného procesu, kde dodržují svůj stanovený plán. V této fázi je důležité pro klienta potvrzení plánu, hledání podpory a posílení víry v sebe sama, což je nejzásadnější úkol i pro terapeuta. Mimo jiné se terapeut snaží zaměřit na úspěšné klientovy kroky, potvrdit jeho rozhodnutí a podpořit ho v prvních úspěších (DiClement, 2003).

5. *Udržování, relaps a cyklení* – změna vyžaduje vybudování nového vzorce chování, proto chvíli trvá, než se nový model vytvoří. Další důležitou fází následující po úspěšné změně je fáze udržování. V této fázi je nové chování pevně naučeno, relaps

se ale může stát kdykoliv. Ať už ve fázi akce, nebo udržování. Jednotlivci budou cítit silné, neočekávané a neodolatelné nutkání, kterému nemusí odolat. Někdy to způsobí hra na testování sama sebe, nebo přílišné uvolnění. Většinou se relaps nepříhoda automaticky, ale nastane pozvolna po prvním uklouznutí (DiClemente, 2003).

Pokud víme, kde se klient na kole změny nachází, pomůže nám to rozhodnout, jaké postupy použít a kdy. Klienti potřebují oporu při přecházení z jedné fáze do druhé. Konečným cílem je pomoci člověku, aby úspěšně provedl efektivní změnu ve svém životě. Za předpokladu, že se změna týká zlepšení života, musí změny vydržet v čase (DiClemente, 2003).

4.1.2 CRMS

Podle De Leona (2010) skóre CMRS je dobrým prediktorem udržení v léčbě a pozitivně koreluje s výsledky léčby a účastní se v následné péči (citováno z Kalina, 2015a).

Circumstances (Okolnosti) – Okolnosti toho, proč klient do léčby nastoupil (vnější tlaky).

Motivation (Motivace) – Správná motivace k léčbě pochází z vnitřních důvodů. Tato motivace vede klienta k poznání, že on sám je problémem, a k přijetí faktu, že on sám se musí změnit.

Readiness (Připravenost) – Člověk může být motivován, ale nemusí přijímat nutnost léčby. Motivovaní lidé, kteří nejsou připraveni na léčebný proces, mohou mít jiné alternativy – získání sebekontroly, provedení nutných změn (změna práce, stěhování), nebo získání podpory od rodiny, přátel či náboženství. Ti, kteří jsou připraveni k léčbě, vnímají léčbu, jako jedinou alternativu.

Suitability (Vhodnost) – Klienti mohou být motivováni i připraveni k léčbě, ale nemusí vnímat konkrétní léčebný program jako odpovídající jejich potřebám. „Vhodnost“ je dobré párování mezi klientem a typem léčby. Tím se zabývá matching.

„Matching“ znamená individuální intervence podle potřeb klienta, jinak bude vypadat terapie dospívajících a jinak u člověka v důchodovém věku, jinak u depresivní ženy a jinak

u muže, jehož problém se vyskytl v důsledku rizikového zaměstnání. Je tedy velice důležité zmapovat dosavadní klientův život (Nešpor, 2011).

4.2 Faktory v průběhu léčby

Nešpor (2015) uvádí, že aby byla klientova léčba úspěšná, je nutné, aby v ní setrval a dokončil ji, řádné ukončení se považuje za nejdůležitější. Průměrně vypadá 35 % klientů z terapeutických komunit a 50 % klientů léčených ambulantně. Mezi nepříznivé faktory patří: nedostatek motivace, nižší věk, kriminální anamnéza či doba strávená ve vězení. Také se hodnotí jako negativní faktor dlouhodobá nezaměstnanost, kvůli nezvyku na denní řád a ztráty dalších sociálních dovedností. Nesmírně důležité jsou problémy s drogami, osobní dispozice, vztahové problémy a celkový postoj k léčbě, právě tyto faktory ovlivňují léčebné působení. Velmi důležité je zapojení do léčebného programu, tedy práce na problémech a aktivní účast na psychoterapii.

4.3 Faktory úzdravy

Důležitá je abstinence, a to i tehdy, není-li trvalá. Abstinence tedy znamená abstinenci od původní závislosti, zde hazardu, s tím, že případné hraní nepřekračuje společensky tolerovaný rámec (Kalina, 2015).

Dalším důležitým ukazatelem změny je nacházení nových přátel mimo „toxické“ skupiny, protože to znamená obnovu přirozených zdrojů sociální podpory. Vztahy obecně jsou často v rozvratu, proto čím je klient mladší, tím je důležitější především vztahy s rodinou upravit a získat možnost návratu. U mladých dospělých je příznivým ukazatelem „vyrovnání“ – smíření a dohoda o řešení dluhů, obnova komunikace a získání lidské podpory. Zapojit rodinu do léčebného procesu je takřka vždy užitečné a někdy i nezbytné, pokud se zapojí, mohou být součástí řešení (Kalina, 2015).

Sociální integraci mohou znesnadňovat problémy, které klienti mívají kvůli nedokončenému vzdělání či s hledáním zaměstnání. Uznává se, že život na sociálních dávkách není pro vytváření abstinence příznivý, zatímco studium či pracovní trénink jsou vhodnými strategiemi, jak zlepšit šance na trhu práce a upevnit svůj život bez závislosti (Kalina, 2015).

4.4 Faktory na straně léčebného zařízení

Z léčby často vypadávají problémoví klienti, kteří léčbu velmi potřebují. Na neúspěchu se ovšem může podílet nevhodnost programu. Důležitý je tedy výběr, vhodnost a obsah programu, jeho délka, zapojení klienta a udržení v léčbě, návaznost další péče, realistické plánování a v neposlední řadě terapeutický vztah a styl (Kalina, 2015).

Účinná léčba dle Kaliny (2015) zahrnuje:

- včasný začátek,
- práci s motivací,
- zapojení klienta do léčby,
- prevenci relapsu,
- zužitkování nedobrovolného léčení,
- zhodnocení léčebného kontinua,
- terapeutické cíle pro redukci rizika.

5 Systém léčebné péče

Pohled na léčbu patologického hráčství není jednotný, stejně jako cíle léčby. Byly zkoušeny terapie psychodynamické, behaviorální, kognitivní, kognitivně-behaviorální či farmakoterapie. Podobně jako u jiných návykových nemocí je lepší soustředit se na ty faktory, které závislost posilují, než na odkrývání příčin, které stály na počátku tohoto problému. Pochopení toho, jak problém vznikl, totiž nezaručuje, že by se vyřešil (Nešpor, 2018).

V současné době je v ČR vybudován relativně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek. Bém (citováno dle Kalina a spol., 2008) uvádí: „Efektivní systém péče by měl splňovat řadu kritérií v oblasti kvalitativní i kvantitativní. V oblasti kvalitativní se jedná o následující kritéria: komplexnost; provázanost; efektivita. V oblasti kvantitativní se jedná o následující kritéria: rozsah systému péče; dostupnost. Ovšem v oblasti léčebné péče o patologické hráče však tyto kritéria nejsou naplňovány. Zatímco protidrogová politika ČR je dobře definována, strukturována a relativně financována, v systému prevence a péče o patologické hráče k téměř žádné organizaci nedochází. V České republice dosud neexistuje akademický institut zabývající se touto problematikou. V systému péče o patologické hráče nelze jinak, než využívat paralelně struktury vytvořené pro léčbu uživatelů návykových látek, i když léčba patologického hráčství má své rozdíly.

V případě, kdy patologický hráč žádnou další závislost nemá a je umístěn do zařízení, které se věnuje látkovým závislostem, nemusí zde být v souladu s efektivním matchingem a může mít k takovéto léčbě výhrady. Přestože látkové i nelátkové závislosti mají mnoho společného, hráč může vykazovat odpor k látkově závislým a neochotu podstupovat s nimi terapii. (Kalina, 2003)

Tab. 7: Přehled psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení nemocnic s programem léčby patologického hráčství, podle krajů v ČR

Kraj	Název zařízení
Praha	VFN v Praze, oddělení léčby závislostí
	Psychiatrická léčebna Praha – Bohnice, pavilon 35
Jihočeský	Psychiatrická léčebna Červený Dvůr,
Jihomoravský	Psychiatrická léčebna Brno – Černovice, stanice 19
Královéhradecký	Psychiatrická klinika LFHK a FNHK
Karlovarský	není
Liberecký	není
Moravskoslezský	Psychiatrická léčebna v Opavě, oddělení D
Olomoucký	Psychiatrická léčebna Šternberk, oddělení 21, 23B
	FN Olomouc, klinika psychiatrie
Pardubický	není
Plzeňský	není
Středočeský	Psychiatrická léčebna Horní Bečkovice, oddělení 7A
	Psychiatrická léčebna Kosmonosy, pavilon S7
Ústecký	není
Vysočina	Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, pavilon 1
	Psychiatrická léčebna Jihlava
Zlínský	Psychiatrická léčebna v Kroměříži, oddělení 10B

Pouze 6 % patologických hráčů vyhledá formální léčbu. Důvodem, proč je toto procento tak malé, je častý stud, malá informovanost o možnostech léčby a touha zvládnout problém sám. U 35 % patologických hráčů dojde k přirozenému uzdravení, u ostatních je tento problém chronický. Aktuálně existuje několik možností léčby patologického hráčství, mezi něž jsou zahrnuty ústavní léčba, intenzivní ambulantní léčba, individuální a skupinová kognitivně-behaviorální terapie a farmakoterapie. Výzkumy podporují účinnost ústavního léčení (Rosenberg a Feder, 2014).

5.1 Léčba patologického hráčství obecně

Pro hráče probíhá léčba v České republice formou ambulantní i ústavní péče. Motivací k léčbě dle Kaliny (2008) jsou nejčastěji hrozby věřitelů, hrozby zaměstnavatelů a v neposlední řadě hrozba partnera rozvodem. K dalším důvodům patří bezdomovectví, nařízení ústavní nebo ambulantní léčby soudním rozhodnutím, léčba jiné nemoci či závislosti, tlak rodiny na závislé děti a dětí na závislé rodiče a další. Finanční a partnerské problémy jsou jistě při tomto onemocnění největší. Léčba pod nátlakem okolí či okolních

situací však není ideální a také ji klienti jen velmi zřídka dokončí. Práce s klientem musí začít u jeho vnitřní motivace.

Mezi důležité faktory pro léčbu patří spolupráce partnera či partnerky, konfrontace s realitou, plnění doporučení a důvěra v léčbu, a v neposlední řadě hráčův náhled na patologičnost jeho chování. Nejbližší osoby jsou při jakékoliv léčbě pozitivním faktorem. Musí být zde však více než podpůrnou složkou (hlavně při ambulantní léčbě). Sám musí zjistit co nejvíce informací o nemoci, spolupracovat s terapeutem a dodržovat stanovená pravidla. Sama léčebná zařízení vyžadují kontakt s rodinou či přímé zapojení do procesu léčení (Kalina, 2008).

Příbuzní často doufají, že hráč potlačí problematické chování silou své vůle. Platí však už okřídlené rčení MUDr. Nešpora (2011): „Patologický hráč má silnou vůli, ale nesprávnou motivaci.“

V léčbě patologického hráčství se vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. V tomto modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje, vzájemného podmiňování a spirituálního rozměru člověka. Nemoc (a tedy i drogová závislost) vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických, vztahových a kulturních faktorů (Kalina, 2018).

Léčbu dle Frouzové (Kalina a spol., 2003) lze rozdělit do čtyř fází:

- **Inventura** – Po základním zklidnění a zajištění nemožnosti hrát zjišťujeme objektivní i subjektivní životní situaci pacienta včetně jeho dluhů a možnosti je splácet. Zjišťujeme také náhled na poruchu a ochotu spolupracovat na léčbě. Vyjednáváme léčebný kontrakt i s příbuznými pacienta, kteří jsou velmi důležitými faktory v úspěšnosti léčby.
- **Informace** – V této fázi zajišťujeme přísun a adekvátní zpracování informací, které pacient potřebuje pro svoji změnu. Pomáháme mu ujasnit si rizikové situace s ohledem na gambling a učíme ho zvládat stavy bažení. Učíme jej uvolnění a zvládání takových psychických stavů, jako je stres, zlost či deprese.

- **Iniciativa** – Zde již pacient přijímá gambling jako svůj problém. Hlavním programem této fáze je tzv. prevence relapsu, která je zaměřena na zvýšení sebekontroly v této oblasti do té míry, že nebude docházet k recidivě. Učíme pacienta řešit efektivně problémy. Nedílnou součástí je nácvik sociálních dovedností, ve kterých má pacient obvykle některé typické deficity (komunikace, zvládání krizí v partnerském vztahu apod.).

Idea – Pacient se snaží o zkvalitnění svého životního stylu a buduje svou novou identitu. Zabývá se možnostmi ovlivnění a naplnění svého osudu. Vědomě na sobě pracuje. Znovu se učí se vytvářet a udržovat intimitu v partnerském vztahu, která spolu s důvěrou obvykle při závislosti mizí.

Dle Frouzové (Kalina a kol., 2003) jsou 4 části základní léčby, z nichž žádná nemůže při efektivní léčbě chybět:

Přerušení hraní – omezení dostupnosti hraní a financí, a to nejlépe za plného souhlasu klienta, ideálně hospitalizací. Psychoterapie by již teď měla vést k uvědomění si souvislostí mezi hraním a nepříznivými životními okolnostmi. Je zde i možnost farmakologického zvládání bažení.

Změnu při zacházení se svými financemi – podstatné je o finanční situaci otevřeně informovat zúčastněné a naplánovat si rozpočet. Ideální je, může-li gambler předat své finance někomu, kdo se o ně postará.

Prevenci relapsu – používáme obdobných strategií jako u drogově závislých. Nejdůležitějšími strategiemi zvládat bažení je zpočátku zařídit nedostupnost podnětů bažení a zvládat negativní duševní stavy. Dlouhodobější strategie se opírá o programové vědomé lpění na pocitu zlepšování a zvýrazňování negativních průvodních jevů gamblingu. Jednoznačně přínosnou strategií u všech závislostí je úsilí dodržovat denní režim tak, aby docházelo co nejméně ke stavům nečekané únavy a vyčerpání, nebo naopak nečekaného přílivu energie (např. se doporučuje pít alkohol jen v malých dávkách v bezpečných prostorách, kde není v té chvíli přístup k hraní, nebo nepít alkohol vůbec).

Úpravu životního stylu – důležité je přehodnocení životních priorit, péče o duševní stav (vedení k uvědomování si životních hodnot, nalezení smysluplného života a jeho naplnění).

5.1.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba může být poskytována jak ve skupině, tak i formou sezení jednotlivce a terapeuta. Probíhá v různých časových intervalech, např. dvakrát týdně. Tuto léčbu v současnosti nabízí kliničtí psychologové či ambulantní adiktologové. Důležité je, stejně jako u léčby ostatních závislostí, aby byla snadno dostupná. Pokud je klient připravený a motivovaný, tak je efektivní kombinovat individuální a skupinovou psychoterapii (Nešpor, 2006).

Výhodou individuální terapie je diskrétnost, kdy patologický hráč je schopen řešit problém, o kterém by ve skupině nehovořil. Nevýhodou je dostupnost individuální terapie. Odborníků, kteří jsou schopni a ochotni pracovat s patologickými hráči, je málo. Skupinová terapie je výhodná v tom, že lze pomoci většímu počtu klientů. Také pozitivně působí koheze skupiny a vzájemná podpora členů (Nešpor, 2011).

5.1.2 Ústavní léčba

Indikaci k ústavní léčbě zahrnují u patologických hráčů stav po sebevražedném pokusu či suicidální tendence, proto může být ústavní léčba i nedobrovolná (Nešpor, 2011).

Léčení na psychiatrickém oddělení pomáhá překonat krizi a začít znovu. V České republice, jak již bylo zmíněno, většinou probíhá léčba patologického hráčství na oddělení pro léčbu závislostí. Společné programy pro pacienty s různými návykovými nemocemi včetně patologického hráčství zahrnují skupinovou terapii, práci s rodinou, nácvik relaxačních technik apod. Díky množství přístupů je ústavní léčba velice různorodá. Patologičtí hráči mívají i své vlastní programy, např. samostatná sezení či setkání anonymních hráčů (Nešpor, 2006).

Její délka bývá v některých zařízeních pevně stanovena, v jiných zařízeních je určována individuálně po dohodě týmu a pacienta (kritéria pro její určení jsou stav pacienta při

přijetí, jeho životní situace, délka předchozí abstinence a trvání recidivy, duševní a tělesná kondice a schopnost využívat možnosti ambulantního léčení). Ústavní léčba umožňuje bezpečněji zvládat hrozící zdravotní komplikace (Řehan, 2006).

5.1.3 Následná péče

Následnou péči definuje Kalina (2001) následovně: Smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby. Následná péče může mít různé formy: Tradiční v našich podmínkách jsou tzv. opakovací léčby. Další formou následné péče jsou doléčovací skupiny. Ty se scházejí zpravidla jednou týdně a rovněž se zde setkávají klienti po ukončení základní léčby i klienti v léčbě. Jejich cílem je, stejně jako u opakovacích léčeb, posílení abstinence a výměna zkušeností.

5.1.4 Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je specializované rezidenční zařízení s neformální a otevřenou atmosférou, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Hlavním cílem je pomoci růstu klienta (Kalina, 2015).

Terapeutické komunity se nově také otvírají pro patologické hráče, ale program se nijak nemění. Léčba zde probíhá dlouhodobě a strukturovaně většinou ve čtyřech fázích. V týmu je psycholog, adiktolog, psychiatr a sociální pracovníce (Kalina, 2008).

5.1.5 Denní stacionář

Je typickým zařízením „na poloviční cestě“ mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Má význam tam, kde člověk s různými potřebami (zdravotními, sociálními) sice má kde bydlet, ale nemůže být nebo neměl by být sám doma nebo je pro něj nedostatečná běžná ambulantní péče, a přitom nepotřebuje nezbytně pobyt v nemocnici či jiné lůžkové instituci. Služby denního stacionáře pro klientelu hráčů nabízí například denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov (Verosta, 2012).

5.1.6 Anonymní hráči

Svépomocná organizace Anonymní hráči vznikla v USA po vzoru organizace Anonymní alkoholici. Historie sahá až do roku 1957, kdy se náhodou setkali dva muži, patologičtí hráči, a začali si spolu o svých problémech povídat. Pravidelné schůzky a debaty, na kterých si postupně uvědomovali svůj problém i jeho řešení, jim pomohli k tomu, že už se ke hře nevrátili. Uvědomili si, že předejít recidivě mohou jen díky změně své povahy a převzali duchovní principy (nejkvalitnější rysy lidské mysli – laskavost, velkorysost, poctivost, pokoru), které používá mnoho lidí překonávajících jiné závislosti. Rozhodli se, že o své abstinenci budou mluvit s jinými patologickými hráči a budou jim tím dávat určitou naději na uzdravení. Historicky první skupina anonymních hráčů u nás vznikla 10. 10. 1994 v Praze, založil ji primář MUDr. Karel Nešpor, CSc., a sám ji vedl. Setkání poprvé proběhlo v Praze v prostorách Psychiatrické nemocnice Bohnice. Anonymní hráče tvoří skupiny mužů a žen. Na sezeních, která probíhají jednou týdně, si sdělují své zážitky, pocity, řešení svých problémů. Navzájem si dodávají sílu bojovat proti chorobnému hráčství. Na rozdíl od výše uvedeného doléčovacího programu je tento program otevřen i mimo bývalé pacienty této léčebny (Nešpor, 2006).

Petry (2005) upozorňuje, že kombinace účasti na setkání Anonymních hráčů a kognitivně-behaviorální terapie zvyšuje efektivitu léčby (citováno dle Nešpor, 2011).

5.1.7 Dluhové poradny

V případě, že se hráč ocitne ve finanční tísní, je v této situaci nejvhodnějším řešením vyhledat odbornou pomoc dluhových poraden, např. Asociace občanských poraden (AOP), Poradna při finanční tísní, či Občanské sdružení SPES, které poskytují své služby zdarma (Lea a spol, 1994).

Pokud má hráč stabilní příjem a své přemnožené dluhy není schopen splácet, jeho závazky se zvyšují například o pokuty, úroky nebo náklady s vymáháním, může podat sám na sebe návrh na zahájení insolvenčního řízení s povolením oddlužení a dostat se tím ze své dluhové pasti. Tohoto legislativního nástroje ani služeb odborných poraden ovšem hráči často nevyužívají a místo toho se snaží na své dluhy získat finance prostřednictvím opětovného hazardu. Finanční deficit patologického hráče vytváří velmi silnou motivaci,

vedoucí k potřebě obstarat si potřebný finanční obnos na hru (případně na splacení dluhů) (Lea a spol, 1994).

5.1.8 Farmakoterapie

Zimmerman a spol. v roce 2002 uvádí, že depresivní symptomatologie, jak již bylo zmíněno, bývá u patologických hráčů častá. Velkou výhodou antidepresiv je to, že zmírňují bažení po hazardu, a to i u hráčů, kteří netrpí depresí (Nešpor, 2011).

Aktuálně nebyla nalezena žádná globálně užívaná farmakoterapie napříč světem. Nicméně nejvíce studií bylo věnováno antagonistům opioidů, jako např. naltrexonu, jehož účinnost byla prokázána jak na závislost na alkoholu, tak na závislost na opiátech. Dále jsou užívána farmaka na glutamátergní systém, antidepresiva, jako např. paroxetin, lithium, a antiepileptika a atypická antipsychotika, jako např. olanzapin (Rosenberg a spol., 2014).

Šerý (2001) popisuje dvojité slepou studii srovnávající léčbu právě naltrexonem s placebem na souboru 45 pacientů, která zjistila signifikantní zlepšení symptomů patologického hráčství po léčbě naltrexonem (75 % pacientů) ve srovnání s placebem (25 % pacientů). Autoři této studie hypoteticky vycházeli z příbuznosti patologického hráčství se závislostí na drogách, a proto použili k uvedené léčbě látku, která je známá jako účinné antidotum narkotik při terapii a diagnóze předávkování opioidy.

Kašpárek (2006) zmiňuje další studii: opioidní antagonistu nalmefen byl 16 týdnů podáván v randomizované, placebem kontrolované studii 207 pacientů s diagnózou patologického hráčství dle DSM – IV a vedl k signifikantnímu zmírnění příznaků, 25 mg denně bylo účinné bez závažnějších nežádoucích účinků (citováno dle Verosta, 2012).

5.2 Prevence

„Prevenci závislosti je nutno chápat jako aktivitu vedoucí k posílení a ochraně zdraví a výchově ke zdravému způsobu života. Často se setkáváme v souvislosti s pojmem prevence s označením primární, sekundární a terciální prevence.“ (Heller, Pecinovská 1996)

Cílem primární prevence je předcházení nemoci předtím, než vznikne. Sekundární prevence se provádí až po vzniku samotného onemocnění, ale v ideálním případě předtím, než nemoc způsobí rozsáhlá poškození. Cílem terciální prevence je předejití dalším škodám (Nešpor, 2018).

Tabulka č.2: Systém preventivní péče o hráče v České republice (Nešpor, 2006)

Primární prevence	Probíhá v rodině a škole. Taktéž je pro určitou část dětí neúčinná (dítě začíná experimentovat s hazardní hrou).
Sekundární prevence	Probíhá opět v rodině i škole, zaměřují se na ni již nízkoprahová centra pro děti a mládež (velmi okrajově) a obor sociálně právní ochrany dětí či sociální kurátoři atd. Výše vyjmenované instituce se zabývají spíše mladistvými a mají omezené možnosti. Můžeme zde zařadit i léčebná zařízení (jedinec začíná abstinovat a vrací se do běžného života).
Terciální prevence	Je určena jedincům ve všech fázích hraní, bez motivace a náhledu. Zde ale služby pro tyto hráče chybí.

Dle Nešpora (2018) je cílem primární prevence předejít užívání závislostních látek nebo ho oddálit do pozdějšího věku, kdy už jsou dospívající relativně odolnější. Dále je cílem zastavit experimentování s drogou, aby se předešlo škodám na psychickém či tělesném zdraví. Hlavním cílem prevence tedy není podávání informací, ale aby se populace chovala zdravěji. Dále Nešpor (2018) uvádí postupy a zásady, které jsou při léčebné prevenci efektivní.

Zásady efektivní léčebné prevence (Nešpor, 2018):

- Program začíná brzy a odpovídá věku.
- Program je malý a interaktivní.
- Program zahrnuje získání relativních dovedností (odmítání, zvládání stresu, atd.).
- Program bere v úvahu místní specifika.
- Program využívá pozitivní vrstevnické modely.

- Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky.
- Program zahrnuje snižování dostupnosti návykových rizik i poptávky po nich.
- Program je soustavný a dlouhodobý.
- Program je komplexní a využívá více strategií.
- Program počítá s komplikacemi a nabízí možnosti, jak je zvládnout.

6 Empirická část

6.1 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Gamblerství je v současné době čím dál aktuálnější téma. Nešpor (2010) uvádí, že touto závislostí trpí více než 3 % lidí, čímž každý ovlivňuje dalších 10–15 osob ve svém rodinném, sousedském, pracovním či volnočasovém okolí, v současné době jich je ještě mnohem více.

Česká republika se řadila do zemí s největším počtem výherních automatů, na jeden automat připadalo více než 84 obyvatel. Jenom v Praze bylo 2,5x více automatů než v celém Německu do roku 2017 (Vlasáková, Salivar, 2011).

Zákon o hazardních hrách č. 186/2016, který vstoupil v platnost před třemi lety, a jeho novela z roku 2019 vytvořily v Česku jedno z nejpřísnějších prostředí pro provozovatele kasin a heren v Evropě, přesto ovšem výroční zpráva z roku 2018 uvedla téměř sedmiprocentní nárůst závislých (Úřad vlády České republiky, 2019).

Hlavním cílem této diplomové práce je tedy zmapování faktorů, které podporují úzdravu u gamblerů bez odborné intervence, protože jak se zdá, nemocných stále přibývá, ale díky nedostatečně komplexní péči v České republice není možné, aby se všichni gambleři efektivně léčili. Pouhá regulace hazardu je, jak se v posledních letech ukazuje, tedy bohužel nedostačující. Gamblerství je specifická nelátková závislost, pro kterou v současné době neexistuje jednotný systém ucelené léčebné péče, proto je výzkumnou otázkou této práce, zda je v silách samotných gamblerů si tuto péči zprostředkovat individuálně.

Výzkumné otázky:

1. Po jak dlouhé době a za jakých okolností došlo k uvědomění si problému?
2. Jaké faktory pomáhají hráčům k překonání závislosti?

6.2 Metodologie výzkumu

Výzkumné zkoumání probíhalo od prosince 2018 do ledna 2020.

Pro kvalitativní výzkum jsme jako základní metody zvolili dotazník SOGS a následný zhruba 45minutový polostrukturovaný rozhovor, který byl předem připraven. Pro potřeby naší práce bylo dle našeho názoru vhodnější použít právě kvalitativní výzkum, který umožňuje osobní kontakt s respondentem, a v případě potřeby doplnění a možnost úpravy otázek. Díky velké citlivosti tématu bylo důležité s respondentem již od počátku prvního kontaktu navázat příjemnou a důvěrnou atmosféru. Cílem kvalitativního výzkumu je porozumění člověku, pochopení jeho vlastních hledisek (Gavora, 2000). Právě o toto poznání jsme se v této diplomové práci pokoušeli.

Pro tento výzkum jsme tedy použili americký dotazník SOGS, který sloužil pouze jako orientační vodítko. Dotazník měl za úkol potvrdit patologické hráčství a nastínit hloubku jedincova problému. Tento dotazník hráči vyplnili po seznámení na začátku rozhovoru. Následně jsme dotazník vyhodnotili, ale především pročetli, abycho se zorientovali v jeho vlastní zkušenosti s hazardem.

Pro tvoření otázek rozhovoru jsme si nejprve připravili několik oblastí, které nás v šetření zajímaly. Rozhovor začal představením dotazujícího a výzkumu spjatého s diplomovou prací, po čemž následovaly úvodní otázky, které měly mezi dotazujícím a respondentem navodit kýženou příjemnou atmosféru. Následovaly otázky na základní informace respondenta, tedy na jméno, věk, bydliště, délku hráčské kariéry, typ hazardu a dobu abstinence. Následně respondenti vyplnili dotazník SOGS a pokračovalo se rozhovorem.

Záměr vycházet z přímé zkušenosti lidí, kteří přestali s hazardem, a zároveň zájem o jejich vlastní příběh vedly k využití narativního interview. Tento způsob rozhovoru vybízí respondenty, aby vyjadřovali svoje zkušenosti tím způsobem, jak je to pro ně v dané chvíli nejvíce relevantní, svým vlastním jazykem a zdůrazňováním těch událostí, témat a postav, které považují za významné (Jovchelovitch & Bauer, 2000).

Pro následné zpracování dat byly rozhovory přepsány, a to doslovnou transkripcí. Vyžit byl literární přepis, který zachovává dialekt a celkovou přirozenou povahu rozhovoru.

Pro kódování bylo využito programu ATLAS.ti a postupovalo se metodou otevřeného kódování. Dle Hendla tato fáze vede k seznamu témat, jež pomáhají výzkumníkovi vidět témata v celku a stimulují ho při hledání dalších témat (2012). Tímto postupem tedy po utřídění vzniklo 14 faktorů podporujících úzdravu.

Dotazník SOGS je tvořen 16 uzavřenými otázkami s možností výběru. Pouze některé otázky se hodnotí a ostatní slouží pouze k orientaci a subjektivnímu zhodnocení. Maximální počet bodů, které lze získat, je 11, přičemž $\frac{3}{4}$ respondentů získaly 11 bodů a jeden respondent bodů 10. Pro ukazující patologické hráčství stačí mít 5 bodů a více. U všech respondentů se tedy prokázalo, že jsou všichni bývalí patologičtí hráči.

6.3 Výzkumný vzorek

Empirická část se věnuje faktorům podporujícím úzdravu u gamblersů bez odborné intervence. Do našeho kvalitativního výzkumu se zapojili 4 abstinující gamblersi ve věku 23–55 let z různých krajů (Praha, Liberecký kraj, Středočeský kraj). Pro výběr respondentů byla zvolena minimální věková hranice 18 let, kvůli plnoletosti. Dále jsme se pokusili najít alespoň jednu ženu, a ve vzorku jsou tak zastoupena obě pohlaví. Cílem bylo mít ve výzkumném souboru 5 respondentů, to se však nepodařilo, což může značit, že samoléčbou vyléčených gamblersů je málo, nebo se jim nechtělo přes citlivost tématu spolupracovat. Právě nízká ochota k spolupráci je pro gamblersy typická (viz teorie).

Druhou podmínkou pro zařazení byla právě samoléčba bez odborné intervence, to znamená, že hráči nikdy nenavštívili psychologa, anonymní gamblersy, stacionář či jakoukoliv další formu pomoci.

Třetí podmínkou byla závislost na hazardu, tedy jakékoliv hazardní hře – výherní automaty, kursové sázení, karetní hry apod.

Čtvrtou podmínkou bylo vyplnění testu SOGS s výsledkem ukazujícím patologické hráčství.

Poslední podmínkou pro zařazení do výzkumu byla abstinence od gamblingu alespoň dva roky, což v případě našich respondentů naštěstí nebyl problém, tudíž nebyl ze souboru nikdo vyloučen.

Žádný z našich pacientů neužíval psychofarmaka, což je pro naši práci prospěšné, protože právě farmakoterapie může pozitivně ovlivnit hráče při léčbě, jak zmiňuje např. Šerý ve své knize z roku 2001.

Respondenty byli získáni prostřednictvím známosti abstinujícího hráče, který nás přivedl k dalšímu hráči, a tak dále. Použita byla tedy metoda sněhové koule. Hartnoll a spol (2003) uvádí, že výběr metodou sněhové koule je založen na využívání sociálních vazeb mezi členy populace, samotný proces začíná u nominování jednoho respondenta, který splňuje daná kritéria. Oslovený respondent dále předá kontakty na respondenty, kteří také splňují podmínky. V našem případě tedy na další abstinující hráče, kteří se samovolně vyléčili. Respondenti byli osloveni telefonicky, následně bylo domluvené osobní setkání.

Jelikož se ukázalo, že gambleři znají další svépomocí vyléčené gamblery, domníváme se, že vyléčených gamblerů samoléčbou je mnohonásobně víc, což ukazuje ve své disertační práci Nepustil (2013), který se zaměřil na vyléčení závislosti u jedinců závislých na pervitinu bez odborné intervence. Vyléčí se až polovina všech uživatelů, ale tyto příběhy téměř nepronikají na veřejnost, tudíž je léčba považována většinou za nevyhnutelnou.

To potvrzuje myšlenku zmíněného Nešpora (2011), že je u bývalých hráčů opravdu nízká ochota k spolupráci. Snažili jsme se další gamblery získat prostřednictvím internetových stránek, ale bohužel neúspěšně. Přihlásili se do výzkumu pouze 4 hráči online her, kteří však nebyli zařazeni.

Byla provedena určitá opatření pro zajištění anonymity. Každý respondent obdržel „Prohlášení o anonymitě a důvěrnosti“ (viz příloha). Dále byla anonymizována veškerá jména, a jiné možné identifikační prvky.

Jméno	Věk	Věk při vzniku závislosti	Typ hazardu	Délka hráčské kariéry	Délka abstinence
Lukáš	24 let	17–18let	Kurové sázení	3 roky	2,5 roku
Pavčina	44 let	23 let	Hrací automaty	12 let	7 let

Marek	55 let	22 let	Kursově sázení, hrací automaty	6 let	17 let
Jakub	55 let	46 let	Internetové sázení, poker	15 let, závislost 5 let	4 roky

6.4 Dotazník SOGS (viz přílohy)

6.4.1 Lukáš

Situace během sezení: Vyplňování dotazníku a následný rozhovor probíhal u dotazujícího v bytě, díky tomu byl rozhovor otevřený, důvěrný a nezasahovaly do něj žádné rušivé elementy. Lukáš byl motivovaný, celou situaci popsal opravdu detailně a snažil se vzpomenout na všechny okolnosti. Zmínil, že je rád za zařazení do výzkumu a že doufá, že výsledky výzkumu pomůžou i ostatním, kteří měli stejné trápení jako on.

Lukáš získal v dotazníku SOGS celkem 11 bodů z 11 možných, což značí patologické hráčství. Ačkoliv Lukáš sám nezmínil v průběhu rozhovoru jiné typy hazardu než kursově sázení, v dotazníku má u kolonky méně než 1 týdně uvedené: hraní karet pro peníze, hra v kasinu, loterii a sázení čísel a tzv. výherní automaty. I přes to, že byl Lukáš student, udává, že v jediném dni hrál až se 100 000 Kč. Také jako jediný z respondentů v dotazníku zaškrtl, že problémy s hazardem měl i jeho otec. Po přečtení dotazníku SOGS bylo vyhodnoceno, že by bylo vhodné doptat se také na ostatní zmíněné hazardní hry a problematiku otce.

6.4.2 Jakub

Situace během sezení: Vyplnění dotazníku a následný rozhovor probíhal opět u dotazujícího v bytě. Nebyly zaznamenány žádné rušivé elementy. Lukáš byl zpočátku zamlklý, nervózní (mnutí rukou, červené tváře), proto bylo zvoleno pomalejší tempo rozhovoru. Delší dobu jsme si povídali o běžných věcech, zhruba po 15 minutách se Lukáš

uvolnil a začal být aktivnější, proto jsme přešli k vyplnění dotazníku a k následnému rozhovoru.

Jakub dosáhl v SOGS jako jediný 10 bodů z 11, což je opět známka patologického hráčství. I u Jakuba se ukazuje, že problémem není pouze kursově sázení či hraní karet. Vícekrát než jednou týdně hrál i loterii. Sázky na koně či zvířata, hru v kasinu či jiné výherní automaty hrál také, ale méně než 1x týdně. Jakub jako jediný uvádí, že nikdy nezameškal školu či práci kvůli hře. Jelikož jiné druhy hazardu a nezameškanou práci Jakub v rozhovoru příliš nerozvedl, byl na to poté dotazován.

6.4.3 Pavlína

Situace během sezení: Tento rozhovor spolu s dotazníkem byl proveden u Pavlíny v bytě. Vše probíhalo podle plánu, nic nás nerušilo. Pavlína se zdála velice uvolněná, možná k tomu přispělo pro ni známé prostředí. Byla velice ochotná a výřečná, jediným problémem bylo, že si nedokázala přesně vybavit začátky její hráčské kariéry, přece jen je to již delší doba. Následně v průběhu rozhovoru si ovšem začala vzpomínat a často pak své výroky doplňovala.

Pavlína dosáhla v dotazníku SOGS skóre 11 bodů z 11 možných, takže se opět potvrdilo jasné patologické hráčství. Také vyplnila, že mimo výherních automatů častěji než 1x týdně hrála také kostky, loterii a hru v kasinu. Pavlína jako jediná uvedla, že si nepůjčila peníze od příbuzných ani z domácnosti, na tyto dvě položky byla poté v rozhovoru dotazována.

6.4.4 Marek

Situace během sezení: Setkání s Markem probíhalo u dotazujícího v bytě. Marek byl spolupracující, často žertoval. Největším problémem bylo, že Marek si spoustu věcí již nepamatoval. Marek totiž nehraje 17 let a předtím 6 let hrál, takže již nemá vzpomínky tak čerstvé. Nicméně to nebyl problém, neboť to nejdůležitější řekl vždy sám. Jako u ostatních setkání proběhlo vše v pořádku a nic nás nerušilo.

I Marek v tomto dotazníku dosáhl skóre 11 bodů z 11 možných. Marek v dotazníku zmiňuje dvě hlavní závislosti, což dále jako jediný sám uvádí i v rozhovoru. Dokonce zmiňuje i ostatní věci, které označil v dotazníku, tedy to, že méně než 1x týdně hrál karty pro peníze, sázel na koně či jiná zvířata, hrál kostky o peníze a hrál loterii. Marek si půjčil peníze na hru téměř všude, kde to je možné – u rodiny, v bance, u lichvářů či v kasinu.

Shrnutí

Kursově sázení je typické tím, že vznikající dluhy jsou většinou mnohonásobně vyšší než u hraní výherních automatů. Vyplývá to z toho, že zatímco naházet tisíce do automatů zabere nějaký čas, u kursového sázení můžete vsadit okamžitě, bez většího rozmýšlení a rozhodnutí bývají často impulzivní. Navíc čím více u kursového sázení prohráváte, tím více můžete vsázet, takže je zde velké riziko zadlužení v řádech milionů. To se potvrzuje i u našich respondentů. Marek a Jakub označili, že často hráli denně s částkou 100 tisíc a vyšší. Nemluvě o tom, že Marek měl silně kombinovanou závislost, takže tam byly částky pravidelné. Naproti tomu Pavlína, která měla problém především s automaty, pravidelně prohrávala „jen“ desetitisíce. Lukáš i přes to, že měl problémy s kursovým sázením, se také pohyboval spíše v desetitisících, to je dáno ale především tím, že byl studující, příliš nevydělával, tím pádem nemohl usilovat o žádnou bankovní půjčku. Sám potvrdil, že kdyby měl peněz víc, mnohonásobně více by také prosázel.

Také, jak se ukazuje u Pavlíny či Marka, oběma dali půjčku přímo v kasinu, aby mohli stále dál hrát, takže je zde jasně vidět, že jde o „byznys“ a o nezájem ze strany kasina nad klientem. V kasinu jistě museli vidět, jak život Marka a Pavlíny vypadá, a že nebude v jejich silách půjčku splatit.

7 Presentace a analýza dat v rozhovoru

V celé diplomové práci jsou uváděny pouze úryvky rozhovorů s tím nejdůležitějším. Celé rozhovory jsou přiloženy v příloze.

Všichni respondenti podali celkem podrobný popis jejich celé hráčské kariéry, doptávání byli pouze na minimum otázek, který nám napověděl právě SOGS, jinak jsme se řídili již předpřipravenými otázkami. Velice překvapivý byl otevřený přístup všech respondentů, kvůli citlivému tématu hrozilo riziko, že bude chtít zůstat u hráčů již uzavřeno. Naštěstí byla setkání příjemná, respondenti převážně otevření a aktivní. Bylo vidět, že chápou smysl výzkumu a většina z nich zdůraznila, že je ráda, že se mohou zapojit a pomoci i ostatním.

V průběhu společných setkání i při psaní diplomové práce jsme vycházeli z průřezového a systemického přístupu. Systemický přístup se řadí do rodinné terapie a je specifický tím, že vychází z předpokladu, že nejlepším odborníkem na svůj vlastní život je sám klient. Proto terapeut klientovi neříká, co by měl „správně“ chtít, jak by měl „správně“ své situaci rozumět nebo kam by měl nadále směřovat a co dělat. Způsob vedení rozhovoru by měl klientovi spíše umožňovat, aby si vyjasňoval své cíle, objevoval své zdroje a vhodně je užíval k dosažení svých cílů (Gjuričová, 2009).

7.1 Délka závislosti a uvědomění problému

7.1.1 Vznik a vývoj závislosti

V teoretické části jsou uvedené psychologické teorie vzniku závislosti, do kterých je zařazen neobbehaviorismus. Právě behavioristické teorie zde budou představeny podrobněji, jelikož jsou relevantní vzhledem k tématu diplomové práce. Behaviorismus a konkrétně operativní podmiňování by nám mohlo vysvětlit fáze vzniku závislosti. Již v teorii bylo zmíněno, že máme fázi výher, fázi proher a fázi zoufalství, to se potvrzuje i na našem výzkumu, kdy všichni respondenti nejprve vyhrávali větší sumy peněz. Právě výhry jsou odměnou, která se spojí s hazardní hrou a toto chování se posílí. Pro tuto teorii by hovořil i fakt, že se příliš neobjevují jedinci, kteří by začali hrát, ihned prohráli a hráli nadále,

neboť nepříjemný důsledek naše chování neposiluje, ale naopak zeslabuje. To by znamenalo, že „šťastní“ jedinci jsou tací, kteří v počátku svého experimentování s hazardem prohrávají. Pokud by tedy lidi z počátku závislosti více prohrávali, snížilo by se procento závislých na procesech.

O1: „Ty se máš, já nikdy nevyhrál ani stovku, natož něco víc.“

O2: „Bud’ rád.“

Úryvek z rozhovoru je velice výstižný, a jak se vidno, vše má dvě strany.

Vznik a průběh závislosti	
Jakub	<p>„...Peněz jsme nikdy neměli nedostatek, myslím, že jsme si žili nadprůměrně. Já podnikal, vlastnil jsem trafiky a měl zaměstnance, moc pracovat jsem nemusel, pouze jsem objednával zboží a občas za někoho zaskočil. Manželka mě kolikrát přesvědčovala, ať si ještě najdu ještě jednu práci, abych se nezačal nudit, ale já neposlechl. Takže jsem celé dny trávil doma. Celý život jsem sázel, ale nikdy to nebyly velké sumy... Když jsem ovšem měl 45 let, přestávali trafiky tak dobře prosperovat. Protože jsem velice uzavřený, tak jsem to nikomu nechtěl říkat, a hlavně jsem nechtěl, aby se dcery musely něčeho vzdát. Starší dcera školou žila a mladší naopak milovala tenis a začala s ním už v dětství vlastně díky mně. Jelikož jsem měl spoustu volného času, tak mě napadlo, že bych mohl začít více sázet, jelikož mě to bavilo a poměrně mi to do té doby i šlo. Takže když manželka odjela do práce a dcera odešla do školy, tak jsem zapnul internet a naklikal tikety, pak už mi to zbývalo jen sledovat. Začalo mi to pohlcovat veškerý čas, začal jsem zanedbávat rodinu a jediný, na co jsem myslel, bylo to, zda mi výjde určitý tiket. Takže tímto začal jeden velký problém.“</p> <p>„Ovšem měl jsem pořád potřebu nějak riskovat, alespoň za pár stovek či tisícovek, takže jsem začal tajně chodit na pokera, což se pak dohmátla má</p>

	rodina.“
Marek	<p>„Je to zhruba 23 let nazpátek. Pocházím z východního Slovenska, kde nebylo zrovna moc práce a už vůbec nebylo moc peněz. Na Slovensku jsem měl rodinu a dvě děti a s manželkou jsme se domluvili, že pojedeme pracovat na sever Čech. Hlavně kvůli tomu, aby bylo víc peněz. Jak jsem začal pracovat v Čechách, tak jsem dělal hodně přesčasů, kolikrát jsem pracoval 14 dní za sebou dvanáctky, abych mohl jet po měsíci domů za rodinou třeba na týden, prostě sem si nadělával hodiny. Tím to vlastně začalo. Po nějaké době jsem začal být hodně unavený z neustálé práce. Hlavně mi chyběla rodina, nikoho jsem tu neměl a nikoho jsem tu skoro neznal, jen lidi z práce. Neměl sem jak trávit volný čas, a když jsem náhodou dostal volno třeba na den nebo dva, tak jsem nevěděl co s ním. ... No, tak jsem začal chodit do herny na bedny, nejprve jen jednou za čas, později se intervaly bez hazardu snižovaly. Už předtím jsem měl zkušenosti s bednama, ale jen pár malých, pravidelně sem nehrál. Asi po půl roce jsem začal i sázet, abych vydělal a udělal si pracovní dobu zajímavější. ... Dal jsem tam pár zápasů a pak je v práci sledoval, byl to adrenalin. Později sem začal být v práci nepozorný kvůli tomu, že sem se soustředil jen na zápasy. ... Zpočátku to vydělávalo, takže jsem domů vozil ještě víc peněz, pro manželku jsem si vymyslel něco o odměnách nebo tak. Pak se to ale zlomilo, asi po 3 letech jsem začal víc prohrávat a spadl do toho úplně. Pak jsem si naopak zase musel vymejšlet, proč nosím peněz míň, aby se to tolik neprovalilo, tak jsem si vzal nějaký půjčky, takže jsem pořád vydělával víc než na Slovensku. Respektive, pořád jsem to zvládl tajit. Představoval jsem si, že jednou vyhraju, vše zaplatím a už se vším skončím, ale pořád jsem nevyhrával.“</p>
Lukáš	<p>„Začalo to zhruba, když mi bylo 17. Se starším kamarádem jsme si společně založili internetový účet u nejmenované sázkové kanceláře, kde jsme z legrace vždy po pár korunách sázeli, opravdu párkrát týdně.</p>

	<p>Jakmile jsem měl 18. narozeniny, tak jsem si ihned založil účet na sebe, kde jsem nejprve sázel taky po korunách či stovkách. Někdy pak jsem začal mít drobnější problémy ve vztahu a začali jsme se teď již s bejvalkou odcizovat, to ještě nemělo s hazardem nic společného, ale náš vztah se pomalu blížil ke konci. Najednou jsem tedy měl více času, takže jsem ho využíval ke sázení. Protože mi sázení poměrně šlo, začal jsem částky pomalu navyšovat, a tak jsem začal vyhrávat. Jelikož si šlo vždycky vybrat z účtu jen po 30 000, tak mi stále peníze na účtě zůstávaly. Pak se stalo, co jsem řekl, opravdu jsem začal z ničeho nic prohrávat, abych peníze rychleji získal zpět, tak jsem sázel za víc a víc. V tu chvíli už si rodina (máma a táta) začali všimnat, že se něco děje. Jelikož studuju v Praze a oni bydlí od Prahy dál, tak mě vídali jen jednou za čas. Vždy jsem ale byl nevrlý, stále u počítače a všichni mě vším stále otravovali a mě to rozčilovalo. Začal sem od sebe rodinu odhánět. Už mi najednou nestačilo mít 200 000, když jsem prohrával, tak ani 100 000. Byl sem zadlužený. Zadlužený proto, že jsem přišel o vše, co jsem vyhrál, bylo mi to líto, neměl jsem ani již z čeho hrát, tak jsem si půjčil od kamarádů s tím, že mi to stačí opět jen na pár dní, a budu mít zase desítky tisíc. Neustále jsem všem lhal. Za několik měsíců jsem měl dluhy všude, nebyly to statisíce, ale pro studenta to bylo dost peněz. Když jsem rodině přiznal jeden dluh, a pomohli mi z toho, udělal jsem si hned další, a bylo to stále dokola. Netrápilo mě v tu chvíli už to, že nemám tolik peněz, trápilo mě to, že všem dlužím, že všechny peníze, který od nyní vydělám, tak odevzdám. Chtěl jsem zase vyhrát, proto, abych splatil dluhy. Prostě kolotoč.</p> <p>Mezitím se mi život obrátil vzhůru nohama. Všechny peníze jsem prohrál, půjčil si od přátel, abych vše zase zaplatil, a bylo stále dokola. Díky studiu jsem neměl až tolik peněz, takže dluhy nakonec byly asi jen 150 tisíc, kdybych ale normálně pracoval a dostal půjčku, tak jsou jistojistě vyšší. Rodina se mi snažila domluvit, ať se sebou něco dělám, že mám problém.</p>
--	---

	<p>Já vždy tvrdil, že to je dobré, že už nesázím, a snažil se vymyslet další lži, jak to ututlat. Kolikrát jsem byl celou noc vzhůru, aby nic nepoznali, dokonce jsem i brzo ráno vstal a šel sázet. Nic pro mě nebylo překážkou, půjčit si auto, abych si hodil na účet peníze, nebyl pro mě problém nic. Mezitím jsem si našel novou přítelkyni, i když nerad, tušil jsem, že nejsem pro ní příliš perspektivní, a že ji budu ubližovat, ale nešlo tomu zabránit. Tolikrát jsem jí ublížil, mámě, tátovi, ségře, všem...“</p> <p><u>Dodatek z rozhovoru na téma otcova závislost:</u></p> <p>„No, já toho vlastně moc nevím. Doma se o tom nikdy moc nemluvalo, jen vím, že udělal taky mega dluhy, myslím, že šlo o kursové sázení taky. Sázení neskrýval v začátku sme i vyhrávali a mamka se radovala, pak se to ale nějak podělalo. Vlastně v té době, kdy on nás zadlužil, tak já začal sázet, vlastně ani nevím proč. Nejdřív sem si říkal, že to dělám pro mamku, aby se netrápila penězma, a že ji budu rozmalovat, ale pak se to nějak podělalo, o to horší to pro mámu pak bylo, že sme ji zklamali rovnou dva. Taky tátoj často vyčítala, že to mam po něm.“</p>
Pavčina	<p>„Potřebovala jsem pořád náhou akci, stále sem někde lítala – venku, na diskotékách, hodně sem sportovala, celý život se točil jenom kolem nějakého vzrušení, nesnášela jsem nudu a neuměla jsem s ní pracovat. Když mi bylo 20, začala jsem pracovat v továrně jako dělnice, byla to fakt děsná práce, nudila mě a nesnášela jsem ji. Setrvala jsem v ní jenom kvůli lidem, co tam dělali, byla tam fakt bezva parta. ... S nima jsem poprvé zašla do herny, to mi bylo 25 a tím to začlo. Oni hráli karty, což já neuměla, tak jsem si ještě s jedním klukem stoupla k bedně, a že to jednou zkusíme. Dali sme do ní asi 100 korun, prvních pár zatočení nic, ale pak sme vyhráli 500, což mi přišlo neuvěřitelně jednoduchý. Tak sme točili dál, v tu dobu jsem začala cítit, jak mi stoupá adrenalin a jak přímo dychtím po tom, co se na bedně ukáže. Bylo to nový, zábavný, pili sme a smáli se, jaká to je blbost. Nakonec jsme vybrali každý 200 a šli domů. Doma sem nad tím přemýšlela, jak jednoduchý to bylo a jak málo stačilo,</p>

	nedokázala jsem si pomoc a za několik týdnů jsem do herny vyrazila sama. Nakonec jsem točila denně, herny sem dokonce i střídala, aby to nevypadalo blbě. Měla jsem vytipovaný automaty, který dávaly a na nich jsem hrála. Chodila jsem často hned po práci, aby výherní automat nezabral někdo jinej, to sem byla pak pěkně nasraná. Čím déle sem hrála, tím větší dluhy jsem měla, a také sem i více v hernách pila. Neuměla jsem říct dost, chtěla jsem jen hrát, když jsem nehrála, tak jsem o tom přemýšlela. V té době sem také dostala výpověď v práci, protože sem na ní kašlala, což mi nevadilo, alespoň sem měla víc času na hraní a myslela sem, že si hraním vydělám na živobytí.“
--	--

V této části kapitoly se pokusíme zmapovat vznik a vývoj závislosti u našich respondentů.

Právě zmiňované operativní podmiňování může zpevnit a udržovat závislost. Samotné výhry totiž pozitivně zpevňovaly hazardní chování, a jak je známo, jestliže něco, co máme rádi (peníze), se stane výsledkem našeho žádoucího chování (hazard), budeme toto chování opakovat s vyšší pravděpodobností. Chování, které je upevněné, má tendenci se objevovat častěji. Naopak jestli se něco nepříjemného objeví jako přímý důsledek našeho nežádoucího chování, je méně pravděpodobné, že toto chování budeme opakovat v budoucnu. Tedy chování, které je potrestáno, má tendenci vyhasínat.

Hraní bylo zpočátku posilováno výhrami. Později se to ale změnilo, jelikož respondenti začali být více trestáni – prohrou. V tu dobu již měli takové finanční ztráty, že nemohlo začít toto chování prostě jenom vyhasínat a nedá se třeba jako u alkoholu averzivně podmínit. Naopak myšlenky na hazard a snaha vyhrát ztracené peníze zpět toto nežádoucí chování udržovaly, čímž se začal problém s hazardem stále prohlubovat. Muselo tedy později dojít ke kognitivní restrukturalizaci, která identifikuje iracionální myšlenky (vsadím a budu milionář) a nahrazuje je myšlenkami racionálními (když budu pracovat, budu se mít líp). Obecně by mělo dojít ke změně všech jádrových přesvědčení, která závislosti na procesech udržují.

Z hlediska teorií psychodynamických slouží závislost jako náhradní prostředek při zvládání nepříjemných psychických stavů, na které člověku z různých důvodů nestačí vlastní kapacita. U Marka by to mohlo být nezvládnuté odcizení od rodiny či pocit méněcennosti, kdy uvádí, že na Slovensku nebyl schopen zabezpečit rodinu. Jakub zažívá v počátcích vzniku závislosti naopak vlastní selhání, kdy není taktéž schopen zabezpečit rodinu, stejně jako Marek. Pavlína může zažívat pracovní stagnaci vzhledem ke své aktivní povaze, proto hledá vzrušení. Lukáš se v době vzniku závislosti nenachází v harmonickém prostředí, naopak v prostředí konfliktním, které mu může dělat těžkosti, hazard může být reakcí na nepříznivou situaci doma. U Lukáše bychom mohli použít teorii sociálního učení, kdy se identifikoval s otcem, který byl vždy hlava rodiny a rodinu zabezpečoval. Jelikož bylo otcovo sázení zpočátku hodnoceno kladně, tak se s tím Lukáš mohl ztotožnit, ale již se neztotožnil s následky.

Všichni mí respondenti mají první zkušenost s hazardem v brzkém věku, na kterou po čase následně nasedá závislost. Nízký věk je obecně nepříznivý faktor pro následnou léčbu, tedy čím je klient mladší, tím horší má prognózu. Lukáš začal sázet již mezi 17. a 18. rokem, a je abstinující nejkratší chvíli, což by mohlo v budoucnu znamenat návrat k návykovému chování, jelikož závislosti vznikající před dvacátým rokem mají třikrát horší prognózu než závislosti vznikající později.

Jediný klient, který toto tvrzení odmítá, je Jakub. Ten sice tvrdí, že zkušenost s hazardem má již delší dobu a že sází prakticky celý svůj život, závislost se mu ovšem v pravém slova smyslu, kdy se dostal do stavu, že si nedokázal pomoci, rozjela až ve 45 letech pod vlivem okolností. Jakuba bychom tedy mohli označit jako sociálního a rizikového hráče, který se následně dostal až k patologickému hráčství. Typologicky bychom Jakuba uvedli jako chorobného hráče, který hře propadl po pádu na společenském žebříčku. Pavlína odpovídá naopak hráči subkulturnímu, kdy na hazard ji přivedli přátelé. Objevují se u ní známky psychopatického hráče, především kvůli jejímu riskantnímu sexuálnímu chování v minulosti. Lukáše bychom naopak označili jako neurotického hráče, na tuto myšlenku nás přivedla rodinná situace zapříčiněná závislým otcem v době vzniku jeho závislosti. Marek by mohl být označen také jako neurotický, odjezd od rodiny a samota mu

způsobovaly potíže v emoční oblasti. Všichni respondenti by z hlediska Chvílovky typologie patřili do typu C (viz teorie).

Všichni respondenti zmiňují ve své výpovědi dluhy, což samozřejmě značí závažnost celého problému. Také se ukazuje to, že pracující jedinec má větší dluhy než student (viz Lukáš), neboť získá větší půjčky bez větších problémů. Kromě rodinných příslušníků, bankovních společností či lichvářů si může půjčit i v kasinu jako někteří respondenti. To znamená, že pro pracujícího člověka může mít hráčská kariéra za následek doživotně nižší socioekonomickou úroveň vlivem splácení obrovských dluhů, které se vyskytují často v řádech milionů. Lukáš dále v rozhovoru uvádí, že dluhy již má splacené, tedy jeho hráčská kariéra na rozdíl od ostatních mu nezpůsobila do budoucna dlouhodobé finanční problémy, což bychom zhodnotili pozitivně, neboť kromě určitých omezení, která musí Lukáš dodržovat, aby nedošlo k relapsu, není jeho budoucí život co se týče finanční stránky narušen. Určitě by bylo zajímavé zkoumat narušení vztahů z minulosti, ale i budoucnosti vlivem hráčské kariéry, ale to není tématem této diplomové práce.

Stejně jako ve výzkumu Maierové a spol. z roku 2014 se nám v rozhovorech ukazuje, že impulzem k hraní byla i u našich respondentů touha po penězích, nebo hazard sloužil jako forma trávení volného času. Po detailnějším prozkoumání celé respondentovy historie bychom mohli mluvit i o úniku od problémů. Dále hraní podporovalo alkohol, což se nám ukazuje v případě Marka a Pavlíny.

7.1.2 Délka závislosti a uvědomění si problému

Čím déle závislost trvá, tím horší má následky ve všech oblastech (finance, vztahy, psychické a fyzické zdraví atd.) a následné prognóze. Právě proto je důležitá včasná intervence a brzký začátek léčení, což mnohdy naráží na nedostatek motivace. K uvědomění problému nedochází náhle, ale postupnými kroky, jak již bylo více rozvedeno v kapitole motivace.

Marek

Marek byl závislý na kursovém sázení a výherních automatech 6 let. Hrál pravidelně téměř denně, jediné výjimky tvořily jeho návštěvy u rodiny na Slovensku, kde se udržel a nehrál, na což byl, jak uvádí ve svém příběhu, pyšný.

Kdy jste si uvědomil, že máte problém?

„Zřejmě když jsem po 12hodinové směně šel ještě na 6 hodin do kasina a u toho měl nasázený ještě sportovní zápasy a projel peníze za byt. Skoro vůbec jsem nespál, dělal jsem to takto několik měsíců a doteď nevím, jak jsem to zvládl, že jsem se z toho nezbláznil, ale až po tý prohře to na mě spadlo. Byl jsem hrozně unavený, nevrlý, nechtěl jsem se s nikým vídat, což naštěstí nebyl problém, protože kromě práce sem lidi nevídal. Pak jsem vždy na týden nasadil úsměv a masku a nikdo nic nepoznal, v tu dobu sem se začal cítit nechutně, jako lhář. Udivuje mě, že to na mně nikdo tak dlouho nepoznal. Dětem v té době bylo 5, 10 takže chápu, že ty nemohly.“

U Marka došlo k uvědomění problému dle jeho slov po tom, co prohrál půjčené peníze od svého nadřízeného na byt. Sám následně uvádí, že kdyby se to nestalo, svůj problém by rodině zřejmě nikdy nepřiznal a neví, jak by to dopadlo. Stejně jako Pavlína, i Marek tvrdí, že téměř nespál a trávil v kasinu veškerý čas, což bylo velice psychicky i fyzicky náročné. Můžeme zde také vidět, že Marek mluví o tom, že neměl téměř žádné vztahy v České republice, ale ani je mít nechtěl, zřejmě proto, že chtěl v klidu hrát a nemuset nic řešit. Ochuzení interpersonálních vztahů je obecně typické pro závislosti, povětšinou zůstávají silné pouze ty vztahy rizikové, např. z herny.

Jakub

U Jakuba jeho „oficiální“ závislost trvala 5 let, jednalo se v prvním případě o závislost na kursovém sázení a následnou závislost na pokeru. Jakub ovšem sázel celý život, jak bylo již zmíněno, až ve 45 letech se jeho sázení vymklo z rukou. Poker začal hrát až po začátku abstinence od sázení, tedy zhruba po 4 a půl letech, a hrál ho tajně zhruba půl roku. U Jakuba je závislost vyústěním abúzu, došlo zde posléze k záměně změny prožívání za změnu reality samotné.

Kdy jste si uvědomil, že máte problém?

„Tehdy když jsem si šel půjčit do banky a musel jsem podplatit úředníka v bance, aby to prošlo bez manželčina podpisu. Podepsal sem ji já. Myslel jsem si, že budu sázet a splácet z toho a nikdo se to nedozví. Nakonec jsem si napůjčoval tolik, že jsem měl splácet 70 tisíc

měsíčně, což jsme s manželkou ani dohromady nevydělali. Dokonce jsem si vzal peníze i tajně od manželky hodněkrát...“

Jakub zde popisuje své uvědomění problému, ale z následného rozhovoru pak vyplývá, že proces opravdového uvědomění přišel až o hodně později. Jakub zde nejspíš sice začal vnímat, že to není v pořádku, ale měl tendenci problém nadále bagatelizovat. I to, že si šel půjčit peníze od tchyně a tchána, znamená, že by svůj problém manželce, kdyby nemusel, zřejmě ještě nepřiznal. V té době již měl finanční problémy enormní a stále zřejmě doufal, že vsadí a vydělá. Půjčené peníze jsou totiž u gamblersů téměř vždy použity k hazardu, tedy k navracení starých zdrojů. Jakub mluví o přiznání si závislosti v té době, kdy se přišlo na jeho tajnou pokerovou kariéru, takže mnohem později, než uvádí zde. Každopádně Jakubovo zmíněné podplacení lze hodnotit jako trestný čin, stejně jako krádeže manželčiných příjmů. Právě velké sumy vydělaných peněz, které měl často u sebe, ho mohly zlomit v sázení vyšších částek.

Lukáš

Závislost na kurzovém sázení u Lukáše vzniká jako u jediného z respondentů již ve věku pod 20 let, konkrétně zhruba v 18 letech. Jeho hráčská kariéra trvala 3 roky.

A kdy jste si uvědomil, že máte problém?

„Tušil jsem už delší dobu, že mám problém, ale pořád se mi s tím nechtělo nic dělat, protože jsem měl přece dluhy a budu je splácet dlouho, proto jsem si pořád říkal, že až něco vyhraju, taksázet přestanu. Asi největší zlom přišel, když jsem se zapřísáhl, že již sázet nebudu, vydržel jsem to týden, a po týdnu jsem si šel znovu vsadit. Prostě jsem se neovládl.“

Lukáš zde uvádí, že již delší dobu tušil, že má problémy, ale příliš se mu s tím nechtělo nic dělat. Domníval se, že jelikož si sázením vytvořil dluhy, není problém je sázením opět splatit, sázení mu totiž zprvu vydělalo tolik, až byl překvapen. Stejně jako ostatní hráči trpěl bludem o rychlém zbohatnutí – „Přestanu s tím, až vyhraju větší množství peněz, nebo až splatím své dluhy.“ Ovšem další výhra znovu volá po další hře. Dále se zde objevuje blud „mám to pod kontrolou“. K uvědomění dle Lukáše došlo ve chvíli, když zjistil, že blud „mám to pod kontrolou“ ve skutečnosti pod kontrolou nemá. Dále se

v rozhovoru ovšem objevuje, že rozhodnutí o abstinenci přišlo až mnohem později díky přítelkyni, která mu dala na výběr – sázení vs. ona. Takže ač je uvědomění problému velmi důležité, ukazuje se nám, že jen samotné uvědomění nestačí. Zapotřebí je především silná vlastní motivace.

Pavčina

Závislost respondentky trvala dlouhých 12 let, tedy nejdéle za všech dotázaných. Sama Pavčina přiznává, že jí trvalo poměrně dlouho, než došlo k uvědomění problémů. Pavčina měla problém s hracími automaty, kdy první tři roky svou hru „částečně korigovala“, jelikož měla zaměstnání. Po ztrátě zaměstnání již byla v herně denně a často prakticky nonstop. Díky ztrátě zaměstnání Pavčina získala více volného času na hru a méně povinností vůči svému zaměstnavateli.

Kdy jste si uvědomila, že máte problém?

„Začala jsem si to uvědomovat asi po 7 letech po malých krůčcích, ale největší zlom asi bylo, když mě odvezla sanita na vyčerpání organismu, to sem věděla, že už mám fakt dost. Bylo to po 12 letech. Bylo to kvůli tomu, že sem 7 dní nespala – jenom střídala herny, aby to nebylo tak blbý, jely nonstop, takže sem tam byla fakt furt. Ke konci jsem herny už ani nestřídala, bylo mi vše jedno. Nejedla sem, jen pila alkohol a hrála. Neměla jsem žádný život, práci, rodinu, nikoho. Mý jediný vztahy byly omezeny na sex v herně na záchodech, strašně těžko se mi o tom teď povídá, jak se stydím.“

Pavčina si začala problém uvědomovat sice po 7 letech, ale zřejmě si jeho závažnost neuvědomovala úplně, neboť s tím nic nedělala. Naopak se často chovala rizikově, především díky svým jednorázovým sexuálním stykům. Se změnou svého života začala až po 12 letech, kdy byla převezena do nemocnice. Došlo k vyčerpání organismu, jelikož Pavčina téměř nejedla, byla podvyživená a hojně užívala alkohol. Právě v nemocnici došlo k uvědomění, neboť následně začala podnikat jednotlivé kroky vedoucí k úplnému uzdravení.

U všech mých respondentů můžeme vidět tu samou situaci. K uvědomění problému došlo dříve, ale začali jednat vždy mnohem později. Jednání začíná ve fázi, kdy byli ve špatném psychickém a fyzickém stavu. Již neměli na výběr, často se museli rozhodovat, co je pro ně

důležitější, zda vztahy s okolím, zdraví, jejich vlastní mínění, či hazard. Právě v situaci „debaklu“ nastupují do léčby téměř všichni hráči, neboť ač si mnohdy uvědomují závažnost svých problémů, nemají dostatečné zdroje, především motivaci, na to problém samostatně efektivně vyřešit.

Lukáš zmiňuje jako důležité to, když zjistil, že už to nemá pod kontrolou, ale jednat začal až ve chvíli, kdy zasáhla, stejně jako u Marka, jeho partnerka. Jakub naopak začal svůj problém vidět v době, kdy začal jednat trestně, ale samotné jednání opět začíná o mnoho později a opět pod nátlakem jeho rodiny. Pavlína jako jediná nejednala a neměnila své chování pod nátlakem své rodiny, ale šlo ji především o její vlastní fyzické zdraví. Zde se nám ukazuje, že ač dochází u respondentů k uvědomění problému za rozdílných okolností a jejich hráčské kariéry byly různorodé, tak jednání začíná téměř vždy za okolností stejných, již nemají na výběr. Pavlína začala jednat jako jediná samovolně, bez jakéhokoliv nátlaku okolí, takže ač jsou rodinné a sociální vztahy v počátcích léčby neopomenutelné, jsou mezi námi jedinci, kteří tuto náročnou část svého života zvládnou opravdu jen svou vlastní motivací, za použití svých vlastních sil. To je určitě pozitivní faktor, neboť jak již bylo zmíněno, hráčům vždy silně narušují závislost rodinné vztahy a mnoho hráčů se nemá v době svého definitivního rozhodnutí o abstinenci o koho opřít, neboť rodinu buď nemají, a nebo jim nikdo z rodiny již nedůvěřuje.

7.2 Faktory podporující úzdravu

Na základě rozhovorů jsme vytvořili 14 faktorů podporujících úzdravu u našich respondentů.

Souhrn faktorů:

Název	Popis	Marek	Lukáš	Jakub	Pavlína
Motivace		✓	✓	✓	✓
Rodina	Manželka, přítelkyně, děti, pes	✓	✓	✓	✓

Zaměstnání		✓	✓	✓	✓
Zlepšení psychického a fyzického stavu	Cítím se líp, není mi ze mě zle..., mám lepší tlak, jsem zdravější...	✓	✓	✓	✓
Finanční poradenství a omezení financí	Rozložení dluhů, finanční opora, finanční omezení	✓	✓	✓	✓
Konkrétní techniky	Relaxace, deník, získávání informací	✓	✓		✓
Seberealizace a osobnostní změna	Studium, chata, změna stylu a oblečení		✓	✓	✓
Záliby	Sport, pes, chata		✓	✓	✓
Strukturace času			✓		✓
Přátelé			✓		✓
Vyhýbání se spouštěčům	Abstinence od alkoholu, nekoukání na sportovní přenosy, vyhýbání se určitým místům	✓			✓
„Kontrola“	Nastěhování partnerky	✓	✓		
Splacené splátky			✓	✓	
Změna závislosti		✓			

7.2.1 Motivace

Faktor, který bychom vyhodnotili jako jeden ze stěžejních, je motivace. Právě zmíněná motivace je nedílnou součástí léčby za všech okolností a nemusí to být vždy a nutně motivace pouze vnitřní, velká změna může nastat i díky tlaku okolí. Právě dostatečná motivace usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Všichni respondenti shodně uvádí, že díky silné motivaci se jim podařilo začít abstinovat. Právě motivace

významně ovlivňuje proces celé léčby, jak jsme již uvedli v teoretické části. Respondenti ale museli do stádia motivace, akce a následně udržování dospět.

Právě u motivace se můžeme setkat s kognitivně-behaviorálním přístupem, kdy při „vyhoření“ hrozí trest, a naopak při splnění cíle následuje odměna. Motivace hráčů byla zpočátku posilovaná výhrami, muselo tedy dojít k celkové změně myšlení, jak je již uvedeno v předešlých částech.

Motivace ke změně tedy stojí hráče velké úsilí, jelikož se z žádoucího chování stává chování nežádoucí a prostřednictvím bažení se hráčům stále připomíná. Odměnění jsou za to, když nehrají, např. zlepšením vztahu s manželkou, naopak pokud budou hrát, trestem je rozvod či rozchod.

„Co se týče sázení, tak s tím jsem přestal ihned, vše jsem zrušil apod. Ovšem měl jsem pořád potřebu nějak riskovat, alespoň za pár stovek či tisícovek, takže jsem začal tajně chodit na pokera, což se pak dohmátla má rodina. Dříve jim sice karty nevadily, ale já jim měl potřebu stále lhát a někdy tajně prohrávat. Byl jsem opravdu sobecký. Manželka měla tři práce, nekoupila si ani tričko, já nedělal nic, a chodil na pokera za tisíce.“ (Jakub)

U Jakuba je vidět, že problém sice přiznal, ale dlouhou dobu si neuvědomoval jeho hloubku. Jak sám v rozhovoru uvádí, myslel si, že se nic neděje a že se to nějak „spraví“. Také zdůrazňuje, že po přiznání problému vše zařizovala manželka, vzala si hodně práce navíc a on jen seděl a nic nedělal, dokonce ani nehledal práci. To se změnilo až časem.

„Ne, dokud se nestalo to, že se se mnou přítelkyně rozešla, tak jsem se sice asi dvakrát snažil, ale spíš jen napovrch pro okolí. Chtěl jsem nesázet, ale zároveň jsem si říkal, chvíli vydržím nesázet, a pak můžu zase pomalu začít, něco si zaplatím a nikdo nic nezjistí. Mimo jednoho týdne, který jsem vydržel nesázet, jsem nikdy dlouho nevydržel.“ (Lukáš)

U následující ukázky bychom mohli hovořit o stadiu kompletace, kdy si Lukáš sice uvědomuje jisté nevýhody, ale teprve je zvažuje. Lukáš zde uvádí, že vždy když chtěl přestat se sázením, nemyslel to vlastně vážně, spíše chtěl, aby se situace v okolí uklidnila a následně chtěl ve svém stylu života pokračovat. Nedokázal přestat, dokud mu přítelkyně nedala na výběr. Pak se definitivně rozhodl. Jeho motivace byla zpočátku spíše vnější, tedy nátlak přítelkyně, ale následně se mu zvnitřnila a rozhodl se k akci.

„Nakonec sem se rozhodla, že zkusím přestat a dát si život do kupy, a když to nedám, až pak spáchám sebevraždu. Bylo to vše, nebo nic.“ (Pavčina)

Pavčina přiznává, že kdyby ji tenkrát neodvezla sanita, zřejmě by nikdy hrát nepřestala. Velice se bála o svůj tělesný stav, a proto se rozhodla pro radikální řešení, které bylo buď všechno, nebo nic. Zde se nám objevují typické sebevražedné myšlenky, kde právě touha k životu byla hnacím motorem. Psychoanalytické Id zde splnilo svou roli, tedy ukázal se pud sebezáchovy. Ukazuje to velkou Pavčinu psychickou sílu, kdy odkázaná sama na sebe, bez ničeho, se špatným zdravotním stavem a s dluhy se dokázala postavit na vlastní nohy a začít řešit svůj vlastní život.

„Sice jsem věděl, že mám problém delší dobu, ale dokud jsem vše zvládal splácet, nějak moc mě to netrápilo. Říkal jsem si, že párkrát vsadím a je to zpět. Jakmile se ale stalo to s tím bytem, přestal jsem okamžitě. Věděl jsem, že jinak by mě to stálo rodinu.“ (Marek)

I zde se objevuje vnější motivace, kdy Marek si uvědomil své následky, až když to dolehlo na jeho rodinu. Postupně ji však přijal za svou vlastní. Stejně jako u Lukáše zde sehrála velkou motivační roli jeho manželka. Sám Marek v rozhovoru uvádí, že kdyby se manželka nepřestěhovala, a problém by tedy zvládl tutlat, neměl by důvod ho ventilovat.

7.2.2 Rodina

Rodina je nejmenší a zároveň stěžejní sociální jednotkou, v níž se člověk pohybuje, která jej spoluvytváří a která má na něj zcela zásadní vliv v pozitivním i negativním slova smyslu. Závislost není jev izolovaný, ale vzniká a existuje a může být podporován v systému vztahů, především rodinných. Skutečnost, že rodina, je při léčbě pacienta důležitým fenoménem, si uvědomovali odborníci ještě mnohem dříve, než vznikla rodinná terapie. Jak již bylo řečeno, při léčbě závislostí je snaha pracovat s rodinnou.

Právě informovanost členů rodiny o problému hráče či nabídka pomoci je důležitá, neboť manželky hráčů díky nesnesitelné situaci mohou mít též velké psychické problémy. Každý jedinec na světě potřebuje alespoň jednoho dalšího jedince, který ho bude brát takového, jaký je, a podpoří ho. V tom měli naši respondenti štěstí.

Právě rodina je dalším faktorem, který byl zmíněný u všech respondentů. Do této kategorie jsme zařadili partnerky, manželky, děti a v případě Pavčiny i pejska, který, jak sama říká, ji

nahrazoval interpersonální vztahy, které jí v té době chyběly. U všech našich respondentů je vidno, že rodina neměla se zapojením do léčebného procesu problém. Překvapivě od žádného ze zúčastněných manželka či partnerka neodešla, což se často u hráčů děje. Právě to hráče motivovalo a sami přiznali, že bez rodiny by to zřejmě nezvládli. Jediná Pavlína u sebe v době léčení podporu rodiny zprvu neměla, protože se bála je zkontaktovat.

„Jednoznačně rodina. Na manželce jsem viděl, že se mnou nechce již být. Také dcery, bylo jim 21 a 16, ale s mladší jsem měl opravdu nádherný vztah a nechtěl jsem o to všechno přijít. ... Nebýt manželky a její rodiny, tak sem zřejmě na ulici, její rodiče nám půjčili peníze, ona pak obešla banky, vybrala spoření, a stejně jsme díky mně do konce života zadlužení.“ (Jakub)

„Rodina byla zpočátku zoufalá a snažila se mě zachránit, čím déle to trvalo, tím více stagnovala, a jsem si jistý, že kdybych to nezvládl, tak by mě již opustila a nechala by mě spadnout na kolena. To samé přítelkyně. ... Tak určitě bych to nezvládl bez pomoci mé přítelkyně, ta byla vlastně hlavním impulzem, proč jsem to s léčbou začal myslet vážně. Několikrát se mi snažila pomoci, ale teprve když mi dala nůž na krk a košem, tak mi došlo, jak moc vážné to je.“ (Lukáš)

„Dále mi byla velkou oporou rodina. Jelikož jsem je tolikrát vším zklamal, tak mi nevěřila. Nevěřila, že to myslím vážně a že to dokážu, jelikož ode mě slyšeli už takové věci několikrát. Hodně jsme o tom doma mluvili, ptali se, jak mi je.“ (Lukáš)

„Zcela určitě sehrála hlavní roli, proč jsem se chtěl vzpamatovat, moje žena a děti. Nechtěl jsem o ně přijít.“ (Marek)

„Právě pejsek mi hodně pomoh, asi sem ho měla trochu jako náhradu za přátele a rodinu a věděla sem, že to pro něj musím dát.“ (Pavlína)

V rozhovorech se téma rodiny objevuje opravdu často, i Pavlína zmiňuje, že se vlastně snažila i kvůli rodině, aby je mohla následně zkontaktovat. Právě u Pavlíny slouží pejsek jako nahrazení osobních vztahů, ale zároveň jako jakýsi koníček – stará se o něj, běhá s ním. Mluví o tom, že to musí pro pejska zvládnout, že je na ni vlastně odkázaný, což značí, že Pavlíně zřejmě zvířecí kamarád nahrazuje dítě, které neměla a byla smířená s tím, že ho mít zřejmě nikdy nebude. Během rozhovoru Pavlína ukazovala i fotky pejska, který

v té době doma nebyl. Zdálo se, že je k němu opravdu silně připoutaná a nahrazuje si na něm mateřství (měl hodně oblečků, stále ho brala na výlety, pekla mu dorty apod.).

I přes to, že rodina je důležitým faktorem při zvládání závislosti, Pavlína ukazuje, že se dá závislost zvládnout i bez ní s nahrazením chybějících vztahů, což je určitě pozitivní faktor, který by bylo zajímavé dále zkoumat. Každopádně u našich respondentů se neobjevil nikdo, kdo by neměl rodinné či jinak zprostředkované vztahy, což může znamenat, že takových jedinců je opravdu málo, však i v ústavní léčbě je rodina stěžejní. Můžou být rodinné vztahy tak stěžejní, že léčba bez nich není možná? Zde narážíme znovu na motivaci, kdy většina respondentů měla absenci hazardu, tedy proč přestat se závislostí, (mimo Pavlínu) úzce spojenou právě s rodinou.

Nesmíme se ale mylně domnívat, že vztahy s rodinou zůstávají nenarušené. Hráčská epizoda má významný vliv a často to vztahy nevydrží, což ovšem není případ našich respondentů. Ač někteří uvádějí, že vztah mají možná ještě lepší než předtím, nenechme se zmýlit. Bylo by určitě vhodné se zeptat právě členů rodiny, jak to vnímají, ale jelikož vycházíme ze systemického přístupu, není to pro náš výzkum stěžejní. Hráčství výrazně narušuje důvěru mezi partnery, neboť tato epizoda plná lží a dluhů je příliš silná na to, aby mohla být zapomenuta. Důvěru, kterou si respondenti za celý svůj život získali, často okamžitě ztrácí a musí na ní opět pracovat od základu, což může být velice demotivující, neboť doteď hráči pracovali s odměnou tady a teď a je pro ně často dlouhodobá snaha těžko představitelná.

7.2.3 Zaměstnání

Již v teorii jsem zmínila, že je žádoucí, aby abstinující hráči byli zaměstnáni, neboť život respondentů na sociálních dávkách není prognosticky pozitivní. Pracovní doba strukturuje denní režim, což je, jak se následně dozvíme, pro respondenty důležité. Mimo jiné díky odvedené práci můžou respondenti splácet dluhy, které je zatěžují, a jak uvádějí, každým splaceným dluhem se cítí lépe, což je pro ně rovněž motivující. Obecně se doporučuje vykonávat práci, která není příliš psychicky ani fyzicky zatěžující, neboť právě velká zátěž může zvyšovat riziko relapsu. Proto je vhodné, především v počátečních fázích abstinence, nebrat žádnou vedoucí pozici, jelikož s ní jsou spojená velká rizika.

„Určitě mi pomohla i svým způsobem práce, snažil jsem se na ní více soustředit a najednou mě začala víc bavit. Byl jsem rád, že ji pořád mám, i že mam fajn šéfa, který na splácení nějak nespěchá.“ (Marek)

„Nakonec jsem si našel i práci, a čím déle jsem v ní byl, tím více jsem byl spokojený, neboť jsem začal vnímat, že život není jen o hazardu a že peníze se dají získat solidnějším způsobem.“ (Jakub)

„Také nesmím zapomenout, že pro mě bylo stěžejní, že jsem stále měl práci, o kterou jsem nepřišel. I přes mé problémy jsem do práce docházel, nebo jsem byl řádně omluvený, takže jsem mohl v práci pokračovat a konečně se na ní i naprosto soustředit.“ (Lukáš)

„Po nějakém čase jsem si našla zaměstnání – dělala sem administrativu, to sem byla fakt ráda, protože sem se nenudila a nebyla to až tak náročná práce.“ (Pavčina)

7.2.4 Zlepšení fyzického a psychického stavu

Zlepšení fyzického stavu

Tento faktor zdůrazňuje především Jakub a Pavčina, oběma se totiž během hráčské kariéry zdraví rapidně zhoršilo. Jak jsme již zmiňovali, zhoršení fyzického stavu je obecně pro závislosti typické. Často se hráči zanedbávají – špatná hygiena, změna stravovacích návyků –, jak uvádí Pavčina. Také mají často problémy s dýcháním, oběhovým a srdečním systémem, což je příklad Jakuba. Pavčina ovšem jako jediná navíc zdůrazňuje sebevražedné myšlenky, což souvisí samozřejmě i se zdravím psychickým. Uvádíme je zde proto, že je bezprostředně ohrožená fyzická identita jedince a obecně, u Pavčiny k suicidálním myšlenkám přispěl její špatný fyzický stav, jak sama uvádí.

„Taky to, že sem po nějakém čase začala vnímat, že se cítím líp. Líp vypadám, jsem šťastnější, přibírám, mám lepší výsledky krve, nejsem na lidi nepřijemná.“ (Pavčina)

„Také mě motivovalo to, že se mi již nikdy nerozbušilo srdce tak, abych jel do nemocnice, a ačkoliv pořád beru prášky na vysoký tlak, tak se cítím mnohem líp.“ (Jakub)

Zlepšení psychického stavu

To, jak se každý z nás cítí a vnímá, je nedílnou součástí každého jedince. Právě psychická pohoda řídí velkou část našeho života, neboť bez ní bychom nemohli fungovat. Zřejmě každý člověk na světě zažil to, že když má nějaké trápení, najednou nejde tak úplně nic. Nedaří se v práci, ve škole, při sportování a většinou ani v interpersonálních vztazích.

Všichni naši respondenti popisují hráčskou kariéru jako psychicky zatěžující, kdy bylo potřeba neustálé lhaní a především zapamatování těchto lží, velká kontrola všeho, aby se opět okolí nedozvědělo o sázení. Některým způsobovalo zděšení už jen zvonění telefonu, protože se báli, kdo jim volá a co po nich chce. Nechtěli se s nikým bavit, byli nepříjemní a veškerý kontakt byl pro ně zatěžující. Takže jak je vidět, hráčská kariéra má k psychické pohodě opravdu daleko. Všem respondentům hráčství výrazně narušilo vztahy s okolím, a i přesto, že většinu z nich partnerky nikdy neopustily, došlo k silnému odcizení. Takže často byli hráči odkázáni sami na sebe.

Obecně je na světě tolik možných proměnných, které nám narušují psychiku a stojí velké úsilí je změnit, tedy změnit sám sebe. Změna psychického stavu je v tomto případě spíše zastřešujícím pojmem pro všechny faktory, jelikož každý faktor přispívá k optimální změně. Tuto změnu zmínil Marek, Lukáš a Pavlína.

„Obecně sem se začal cítit mnohem líp, nemusel sem lhát a byl jsem klidnější.“ (Marek)

„Díky tomu všemu jsem se konečně zase po letech začal cítit dobře, jako plnohodnotný člověk, a nechtěl jsem o to přijít.“ (Lukáš)

„Taky to, že sem po nějakém čase začala vnímat, že se cítím líp. Líp vypadám, jsem šťastnější, přibírám, mám lepší výsledky krve, nejsem na lidi nepříjemná. Začala sem si uvědomovat, že se opět cítím líp mezi lidma – třeba jen při nakupování, najednou mi nevadilo, když se mě někdo na něco ptal.“ (Pavlína)

7.2.5 Finanční poradenství a omezení financí

Zde jsme zařadili zmiňované finanční poradenství, omezení financí a v případě Lukáše i finanční pomoc. Finanční pomoc by se ovšem dala najít v příběhu téměř u všech respondentů, ale jediný, kdo ji výrazněji zmínil, byl Lukáš, kterého podporovali rodiče.

Rozložení financí je velmi důležitou položkou při zvládání závislosti, s tím mohou pomoci finanční poradci či dluhové poradny, kteří jsou zmíněni v teoretické části.

V rozhovorech uvádí finanční omezení Marek, Jakub a Lukáš. U Marka a Jakuba měly na starost finance manželky a zpočátku jim dávaly peníze na příděl. Lukáš byl naopak finančně omezen ze strany rodičů. Právě finanční omezení pomáhá vyvarovat se relapsu, jelikož zpočátku velké množství peněz způsobuje silné bažení, které je od vyvolání relapsu jen malý kousek. Také je to „ochrana rodinné kasy“, díky omezení finančních prostředků gambleři nemají příležitost udělat další dluhy.

„Dále mi určitě pomohlo, že peníze chodily na účet mé manželce, a měla přehled o všech platbách. Je to blbě, ale dostával jsem peníze na příděl, ale nedalo se to udělat jinak, větší peníze mě prostě občas lákaly a pak sem bažil.“ (Marek)

„Od té doby taky veškeré finance drží moje manželka, zpočátku opravdu přísně, nyní už mám nějakou volnost, ale to mi také velmi pomohlo, jelikož jsem měl pocit, že mě to díky tomu neláká. Takže pro mě bylo omezení financí osvobozující.“ (Jakub)

„Nejprve mi omezili příjem peněz, což pro mě bylo jako studujícího náročné, čím déle jsem ale byl bez sázení a čím více jsem díky poctivé práci platil, tak mi zase začali peníze posílat a přispívat mi, abych se měl lépe.“ (Lukáš)

Zde Lukáš mluví o finanční podpoře od rodiny. Lukáš nepotřeboval finanční poradenství, což mohlo být dáno tím, že jeho dluhy nebyly tak astronomické, tedy zvládla je zaplatit Lukášova rodina, tedy proto Lukáš zmiňuje jejich finanční pomoc a následně splácel dluhy jim.

„Také mi určitě pomohla jejich finanční podpora, i když jsem vše splatil, tak rodina mé dluhy pokryla, abych na sobě necítil takový tlak, a já potom splácel jenom mé rodině, což je samozřejmě příjemnější než splácet přátelům.“ (Lukáš)

Jakub a Pavlína mluví o důležitosti finančního poradenství pro ně. Jakub se upsal k nereálnému splácení částek, proto by to bez finančního poradenství nezvládl. V jeho rozhovoru se objevuje, že se manželka snažila řešit problém ihned a on mu nedával velkou váhu. Jakub zprvu neměl jasno, zda je hazard skutečným problémem, a problém bagatelizoval.

„Velmi mi pomohlo, když nám finanční poradce upravil splátkový kalendář. Sice jsme neměli peníze na účtu, holky neměly spoření, ale nesplácel jsem x desítek tisíc měsíčně a měl jsem naději, že to možná s manželkou zvládneme.“ (Jakub)

„Došla jsem za finančním poradcem, aby mi poradil co s dluhy, jelikož sem již věděla, že je prostě hraním nesplatím, s čímž souvisí to, že jsem začala obcházet pracovní pohovory. Ten finanční poradce mi opravdu neskutečně pomohl, došlo mi, že i když budu muset splácet, tak se z toho dá dostat.“ (Pavlína)

7.2.6 Konkrétní techniky

Zařadili jsme sem relaxaci, tvorbu deníků a získávání informací o onemocnění. Všechny tyto techniky by se daly zařadit do kognitivně-behaviorální terapie. Všichni kromě Jakuba při překonání závislosti použili alespoň některé z těchto technik.

Relaxace

V průběhu abstinence využíval relaxační techniky Lukáš – jógu – a dále Pavlína autogenní trénink a vnímání dechu. Pavlína zmiňuje, že relaxaci používala jako prostředek, jak zmírnit stres, tedy při bažení. Schopnost aktivně ovlivňovat vlastní duševní stav může zvyšovat sebevědomí a sebedůvěru. Mluvíme o technice KBT právě proto, že pomocí sebeuvědomění docílíme i pohodlnějšího psychického i fyzického stavu. Tedy pomocí myšlenek ovlivním chování.

„... takže jsem měl občas bažení, které jsem často zažehnával relaxací. Začal sem chodit na jógu a naučil se více pracovat se svým tělem, co mi říká.“ (Lukáš)

„Zkoušela jsem na bažení i použití relaxačních technik – vnímání dechu a autogenní trénink, což mi pomohlo se uklidnit a zamyslet se nad tím, jestli to takhle chci.“ (Pavlína)

U Lukáše i Pavlíny se ukazuje, že relaxační techniky používali především tehdy, když na ně působilo bažení.

Deník

„Psal sem si deník, ve kterém sem si vedl své pocity a taky to, kdy sem měl chuť sázet a za jakých situací. Taky sem si tam psal klady a zápory sázení, když bylo nejhůř. Ze začátku bylo kladů hodně, deník byl stále popsanejší, teď už nevím o kladu žádném, díkybohu. Díky deníku jsem taky později pochopil, kde se mi bažení vyskytuje, takže sem chápal víc určité situace.“ (Marek)

Marek si jako jediný začal vést deník. Jeho deník sloužil jako emoční, tedy jako nástroj sebepoznání, právě takový deník pomáhá lépe pochopit, jaké podněty vyvolávají bažení a za jakých okolností. Právě proto Marek později začal zaznamenávat do deníku i situace vyvolávající bažení a často používal srovnávání jako ve stádiu komplementace. Právě práce s emocemi je velice důležitá, neboť se hráč snaží porozumět sám sobě, může k tomu využívat metody sebeinstruktáže. Právě práce s bažením je důležitou složkou každé abstinence.

Získávání informací

Marek a Pavlína začali studovat odborné knihy na téma hazard. Díky tomu získali více informací, co se týče onemocnění, ale i toho, jak pracovat s bažením, co ho vyvolává, jak se mu vyhnout a podobně. V léčebnách s těmito tématy pracuje racionální terapie. Rozpoznávání carvingu je jednou z hlavních složek kognitivně-behaviorální terapie.

Jelikož se u závislých často popisuje alexitymie, což znamená malou schopnost vnímat a popisovat své emoce, je uvědomění a získání informací stěžejní, protože díky němu můžeme rozpoznat blížící se nebezpečí, ať přicházející z vnitřního světa (bažení) či z vnějšího (reakce na spouštěč) (Nešpor, 2018).

„Také mi pomohlo číst články o tom, co dělat, když se baží.“ (Marek)

„Začala jsem tak, že jsem si půjčila knihy na téma hazardu a opravdu sem je rychle sjela. Vždy když sem měla bažení, tak sem listovala, co mám dělat a jak to překonat. Opravdu mi pomohlo se zamyslet nad tím, co se děje a co mi třeba bažení vyvolává, a takové věci omezit. Tudíž sem se začala vyhýbat barům, hernám, dokonce i restauracím. Přestala jsem

na čas pít úplně alkohol, protože jsem věděla, že opilá hraju ještě mnohem více a sem odvážnější.“ (Pavlína)

Pobídková terapie

Ač Lukáš tuto formu přímo nezmnínil, tv jeho příběhu jsou vidět známky právě bodovacího systému, proto jsme se rozhodli, že to alespoň zmíníme. Tato technika je čistě behaviorální a spočívá v tom, že za žádoucím chováním následuje odměna. Zdá se, že právě jeho přítelkyně toto posilování praktikovala.

„Dokonce mi něco pro radost, když sem se snažil, třeba koupila ona.“ (Lukáš)

7.2.7 Seberealizace a osobnostní změna

V rámci seberealizace bychom chtěli zmínit Lukáše, který pokračoval nadále ve studiu a zhodnotil to jako velice přínosné. Již bylo zmíněno, že studium je faktor, který podporuje dobrou prognózu vzhledem k budoucnosti.

„Také nesmím zapomenout, že jsem stále studoval, což mi také velice pomáhalo a naplňovalo můj čas.“ (Lukáš)

Jakub se v rámci svého zájmu – chalupy – také realizoval. Začal přemýšlet více nad sebou a svou situací, možná došlo konečně k uvědomění celého problému.

„Svůj volný čas jsem začal trávit často na chatě. Vztahy s manželkou zpočátku byly napjaté a já měl pocit, že se mnou čas trávit příliš nechce. Začal jsem tedy víc jezdit na chatu, trávit víc času sám se sebou a realizovat se tam. Opravoval jsem chatu, staral se o zahrádku, zasazoval rostliny. Myslím, že mě to začalo uklidňovat, a tím, že to bylo na samotě u lesa, tak jsem neměl příliš času ani možností přemýšlet nad hazardem.“ (Jakub)

Pavlína jako jediná vše změnila, aby jí již nic nepřipomínalo toto období. Mohli bychom zde mluvit o externalizaci, kdy se snažila odpojit od své minulosti a od problému.

„Jo a úplně sem zapomněla říct, že sem změnila vše, co mi samu sebe připomínalo z toho hrozného období. Účes, styl oblékání, přestala sem kouřit.“ (Pavlína)

Domníváme se, že právě možnost na sobě pomoci studia či jiné činnosti pracovat je opravdu důležitá. Právě to je důvod, proč se doporučuje psychoterapie, díky práci na sobě si člověk uvědomí opravdu hodně podstatných věcí a může opět najít smysl svého života.

Často si hráči uvědomí důsledky své hráčské kariéry až při změně sebe sama. Často se na svět začnou koukat jiným pohledem, jak například uvádí v rozhovoru Pavlína či Lukáš. Právě na tomto principu fungují Anonymní hráči, kdy závislost je brána jako existenciální krize, tedy musí se změnit přístup k sobě a ke světu, aby bylo možné zbavit se závislosti.

7.2.8 Záliby

V průběhu hráčské kariéry jdou záliby často stranou. Většinou dostává hazard přednost před jakýmkoliv chováním, které bylo v minulosti hodnoceno jako přínosné a příjemné – před sportem, trávením času s rodinou apod. Právě záliby mohou plnohodnotně naplňovat čas jedince a obecně působit pozitivně.

Navrácení ke svým starým zájmům či tvorbu nového zmiňuje Jakub, Lukáš a Pavlína. Jediný, kdo záliby nezmiňuje, naopak tvrdí, že je nemá, je Marek, ten si místo toho vytvořil jinou závislost, jak bude uvedeno níže.

„Začal jsem se opět věnovat věcem, který jsem zanedbával a který mám rád – sportu. Opět jsem začal občas chodit na tenis...“ (Jakub)

„Svůj volný čas jsem začal trávit často na chatě. ... Začal jsem tedy víc jezdit na chatu, trávit víc času sám se sebou a realizovat se tam. Opravoval jsem chatu, staral se o zahrádku, zasazoval rostliny. Myslím, že mě to začalo uklidňovat, a tím, že to bylo na samotě u lesa, tak jsem neměl příliš času ani možností přemýšlet nad hazardem.“ (Jakub)

„Také jsem se opět vrátil ke sportu, který je velikou náplní mého života... Vlastně jsem začal zase více sportovat a sport se opět vrátil do mého života. Na jednu stranu bylo fajn, že mi to naplnilo volný čas.“ (Lukáš)

„... ale i nové koníčky – pořídila sem si pejska a začala s ním běhat, což mi hodně pomohlo.“ (Pavlína)

7.2.9 Strukturace času

Po sesbírání dat pomocí rozhovorů je jedna věc jistá. Všichni naši respondenti začali sázet proto, že měli příliš volného času. Často dále v rozhovorech uvádějí, že jakmile se nudili, na sázení ihned mysleli. Právě k redukování nudy nám slouží záliby.

Strukturace času je důležitá především proto, aby se hráči nesetkávali s tolika náhodnými proměnnými, které by je mohly psychicky rozhodit a způsobit jejich diskomfort. Takovým proměnným se nedá samozřejmě zabránit vždy, ale právě harmonogram dne nám může umožnit ideální podmínky, jak zvládnout den. Je důležitá délka spánku, délka pracovní doby, pravidelná strava, osobní volno ideálně proložené nějakou zálibou či relaxací, a podobně. Pokud hráči mají předem připravený průběh následujícího dne, snižují riziko nežádoucích proměnných, tedy i riziko bažení a následného vzniku relapsu.

„Bylo pro mě zpočátku velmi důležité nějakým způsobem strukturovat svůj volný čas. Začal jsem sázet z nudy pro zábavu, takže každou chvíli, kdy jsem se nudil, jsem měl pak opět myšlenky na sázení... Ale organizace času, to, abych se příliš nenudil, bylo pro mě opravdu velice důležité.“ (Lukáš)

„Také sem si plánovala následující den a snažila se každý den mít pevně strukturovaný. Vstávat ve stejný čas, chodit spát ve stejný čas.“ (Pavλίna)

Denní program by neměl být příliš napjatý ani příliš volný. Náročný program bývá psychicky náročný a hráč může mít tendenci tuto psychickou náročnost korigovat uvolněním ve hře. Naproti tomu volný program umožňuje velké množství proměnných, které se mohou vyskytnout a působit negativně, ale i velké množství volného „nudného“ času, kdy právě nuda je u našich respondentů častým spouštěčem.

7.2.10 Přátelé

Hráči, jak již bylo zmíněno několikrát, často přátele v době své hráčské kariéry ztrácí. Nestojí o ně, veškerý kontakt je často otravuje, neboť právě přátelé se často snaží hráčům pomoci, a tudíž se jim do hraní pletou. Proto se kontakty často naruší a mnohdy natolik, že se již nikdy neurovnají. Pokud přátele mají, tak často pouze další hráče, které znají z heren, tedy tzv. rizikové přátele.

Jediný, kdo mluví o svých původních přátelích, je Jakub, který je uvádí jako důležité, ovšem nechce s nimi o problému komunikovat. Pavlína přátele zpočátku neměla, ale po několika měsících díky změně svého života si je našla a motivovali ji k tomu, aby abstinenci vydržela. Pavlína ovšem taky zdůrazňuje, že nechtěla, aby její noví přátelé věděli o této minulosti. Opět se nám ukazuje, jak je toto téma citlivé a jak o něm respondenti neradi mluví, o to vděčnější jsem, že mi byli ochotni tolik věcí z jejich těžké minulosti sdělit.

„Byl jsem ovšem rád, že i přesto, že to mí přátelé věděli, tak se mnou pořád vycházeli stejně. Nikdy se o tom se mnou moc nebavili, za což jsem jim vděčný, neboť nejsem zrovna typ, co by chtěl vše rozebírat, třeba jak to dělám teď.“ (Jakub)

„Po měsících jsem si našla i nové přátele, což mou motivaci zase posílilo, protože ti nic nevěděli, takže jsem byla ráda, že tohle ošklivé období zůstane jen se mnou, a já jim i sobě můžu ukázat, jak sem vlastně fajn.“ (Pavlína)

Marek k dispozici přátele bohužel neměl, ale toužil po nich. Marek jako jediný mluví o tom, že si chtěl s někým promluvit, což značí o jeho velké otevřenosti. Přátelé jsou opravdu také velmi důležitým faktorem při zvládání abstinence.

„Trošku mě trápilo, že si o tom nemám s kým promluvit. Většinu přátel jsem měl na Slovensku a nikomu z práce jsem to říkat nechtěl.“ (Marek)

Možný důvod toho, že abstinující hráči nechtějí svoji minulost příliš vytahovat, je ten, že se bojí předsudků, které jsou v naší společnosti všude. Je to velká škoda, neboť zvládnutí závislosti je téma, o kterém by měli lidé vědět. Právě to, že je možné závislost přemoci, může motivovat ostatní hráče, kteří si momentálně neví rady. A jak ve své práci ukazuje Nepustil (2012), vyléčených samoléčbou je mnohem více v oblasti drog, tudíž je dost pravděpodobné, že i v oblasti hazardu, o čemž mluví i Rosenberg a Feder (2014), kde, jak již bylo zmíněno, uvádí že u 35 % patologických hráčů dojde k přirozenému uzdravení.

7.2.11 Vyhýbání se spouštěčům

Právě zmiňovaný spouštěč spustí bažení, které svádí k hazardní hře. Vyvarovat se spouštěčům je tedy neopomenutelné v léčbě jakékoliv závislosti. Mnozí abstinující se

zkouší záměrně vystavit spouštěči a tím otestovat svoji „vůli“. Tento experiment ale končí ve většině případů negativně a rozjíždí se další kariéra.

Spouštěčů může být mnoho a pro každého může být spouštěč jiný. Obecně ale platí, že spouštěčem při léčbě hazardních závislostí bývají peníze, alkohol, herny, sázkové kanceláře, sportovní přenosy, staří přátelé apod. I přes to, že záměrné vyhýbání se určitým spouštěčům zmínil pouze Marek (alkohol) a Pavlína (taktéž alkohol a herny), v rozhovoru všech respondentů je zmíněno velké množství spouštěčů, proto zde uvedeme příklady pouze některých.

„Taky jsem na nějakou dobu přestal pít, abych se zvládl líp ovládnout a nemyslel na to, že bych si mohl jít vsadit.“ (Marek)

„Dříve, než jsem začal sázet, tak jsem hodně sledoval všechny sportovní přenosy. To jsem na několik let úplně přestal dělat. Měl jsem pocit, že když se na něco koukám, tak pořád jen přemýšlím nad kurzy.“ (Marek)

„Tudíž sem se začala vyhýbat barům, hernám, dokonce i restauracím... Přestala jsem na čas pít úplně alkohol, protože jsem věděla, že opilá hraju ještě mnohem více a sem odváznější.“ (Pavlína)

„... na druhou stranu jsem díky sportu přemýšlel nad tím, že si můžu vsadit, během sportování je tohle téma konverzací, takže jsem měl občas bažení“ (Lukáš)

Lukášova záliba ve sportu zároveň sloužila jako spouštěč, což sám přiznává. Takže se Lukáš vystavoval zároveň značně pozitivnímu i značně negativnímu ovlivnění. V příběhu Lukáše vidíme, že tento případ dopadl dobře. Obecně se ale nedoporučuje vystavovat se situacím vyvolávajícím bažení, neboť každý není tak psychicky odolný, aby tento nátlak zvládl.

7.2.12 „Kontrola“

Tento faktor zmiňuje Marek a Lukáš a úzce souvisí s nastěhováním partnerky do společného soužití. To je možná důvodem, proč tento faktor nezmínil třeba Jakub nebo

Pavčina. Pavčina společné soužití, a tedy ani kontrolu neměla a Jakub společné soužití měl i po celou dobu své hráčské kariéry.

Každopádně pomyslná kontrola je v případě Marka a Lukáše hodnocena pozitivně, i když oba tvrdí, že je to často rozčilovalo. Právě tato „kontrola“ jim dávala najevo, že nesmí podlehnout, neboť se to ihned partnerka dozví a bude konec vztahu.

„Díky společnému bydlení měla o všem přehled, mohla se mi kdykoliv podívat na účet, kdykoliv se mohla podívat do mobilu. Možná jsem potřeboval mít nad sebou jakousi pomyslnou kontrolu. ... Ale i tohle mi dost pomohlo.“ (Lukáš)

„Kdyby byli i na déle na Slovensku a já sám v ČR, tak to nedám, vím, že bych podlehl. Možná jen to vědomí, že o tom manželka ví, mě nedonutilo hrát. Věděl jsem, že mám jakousi kontrolu – manželku.“ (Marek)

7.2.13 Splacené splátky

Obsah bankovního konta může být pro gamblery hodnoticí prvek. Jakub i Lukáš zmínili, že každá splacená částka pro ně byla motivující. Zdá se, že Lukáš i Jakub právě svůj problém měří z finančního hlediska, což je ve své podstatě logické. Je jasné, že když dlužím 200 tisíc místo 730 tisíc, lépe se mi daří a mohu být na sebe pyšnější. Téměř každý gambler tvrdí, že zpočátku možná chtěl vyhrát, ale nyní už ho trápí jedině, splacení dluhů, a až k tomu dojde, nevidí jediný důvod, proč znovu začít hrát. Tento názor můžeme vidět i v rozhovoru s našimi respondenty. Právě výška dluhů může být pro někoho enormní, pravidelně tedy přemýšlí, že ji poplatí výhrou, čímž se ale problém znovu prohlubuje. Mělo by to tedy znamenat, že čím nižší dluhy, tím lepší prognóza vzhledem k abstinenci.

„Poslední věc, kterou bych zmínil, je to, že čím méně člověk dluží, alespoň u mě to tak bylo, tím lépe to zvládne. Čím se mi částka dluhů zmenšovala, tím větší jsem měl motivaci. Nyní, když nedlužím již nic, tak by mě sázet ani nenapadlo.“ (Lukáš)

„Nyní mě motivuje každá zaplacená splátka, protože vidím, že se to dá zvládnout.“ (Jakub)

To mě přivádí na myšlenku, že pokud je motivující každá splacená částka, ať bance či rodině, nemůže být dostatečně motivován splácením ten, jehož dluhy pokryje někdo jiný

a nechce po něm peníze zpět. Možná tím, že to jsou cizí peníze, to tolik nebolí a není k nim žádný vztah. Pokud rodina za gamblera jeho finanční ztráty pokryje, hráč nemusí vyhodnotit závažnost celé situace a je pravděpodobné, že se to bude opakovat pořád dokola.

7.2.14 Jiná závislost

Tento faktor je samozřejmě hodnocen spíše negativně, ale bohužel se objevuje. Již Nepustil (2012) ve svém výzkumu zjistil, že respondenti změnili závislost na pervitinu za jiné nechemické závislosti, ale nebylo to vědomé rozhodnutí, spíše to vyplynulo ze situace. V dané situaci s danými lidmi to byl nejjednodušší způsob, jak to zvládnout.

O podobné situaci mluví Marek zde:

„Zřejmě kvůli tomu, že jsem najednou nepil (jsem Slovák) a ještě k tomu jsem neměl najednou co dělat, protože příliš zájmů mimo práce nemám, tak jsem začal hodně kouřit. Dříve jsem to nenáviděl, ale najednou mi to přišlo jako dobrý nápad, alespoň jsem se už tolik nenudil, a mohl jít vždycky, když jsem měl myšlení na nějaký hazard, na cigaretu. Bohužel kouřím stále, a přestat mi už nejde. Asi jsem si za jednu závislost prostě našel závislost jinou, ale společensky přijatelnější.“ (Marek)

Marek zvolil kouření jako strategii při zvládání bažení, naproti tomu Pavlína se této závislosti společně s alkoholovou vzdala. Marek jako jediný neměl náplň svého času – žádné zájmy, a proto tohle bylo východisko, které mu „zbylo“. Možná, že kdyby Marek v době, kdy začal abstinovat, kouřit přestal, tak by bažení podlehl, proto je důležité již zmiňovaná náplň volného času. Když to zjednodušíme, naše představa je taková, že když člověk přestane brát určitou látku, začne sám – racionálně – přemýšlet, čím ji nahradí. V ideálním případě nějakým zájmem, seberealizací, a v negativním případě nějakou „lepší“ závislostí. Jak již bylo zmíněno, závislosti se často kombinují, tady nám Marek ukazuje zdárný příklad toho, jak to může vypadat.

Podobnou situaci zažil i Jakub, kdy závislost na hazardu vyměnil za karty, tato etapa trvala naštěstí jen půl roku, kdy si pak Jakub uvědomil, že takto to nejde a musí se vzdát i karet.

„Ovšem měl jsem pořád potřebu nějak riskovat, alespoň za pár stovek či tisícovek, takže jsem začal tajně asi po 4 a půl letech chodit na pokera, což se pak dohmátla má rodina.“
(Jakub)

Rozhodnutí pro abstinenci je prvním krokem k úspěchu. Úspěchu se však nedá dosáhnout, jak bylo zmíněno v teorii, bez základních čtyř bodů. Jde o přerušení hraní, změnu financování, prevenci relapsu a úpravu životního stylu.

Největší otázkou je pouze prevence relapsu, kdy každý z respondentů pracuje s bažením jinak, jak je uvedeno v rozhovorech. Jediný, kdo se o případném relapsu příliš nezmínil, byl Jakub, což může znamenat, že Jakub si relaps nepřipouští. Jakub byl ovšem v průběhu celého rozhovoru nejuzavřenější, proto je pravděpodobné, že relaps jenom nechtěl zmínit, i když si riziko relapsu pravděpodobně uvědomuje.

Ze 14 vytvořených faktorů se všichni respondenti shodují, že k překonání závislosti jim pomohla opravdová motivace, rodina (pro Pavlínu zmiňovaný pes), zaměstnání, následné zlepšení psychického a fyzického stavu, finanční poradenství či omezení financí.

Všichni vyjma Jakuba začali používat konkrétní techniky, které jim pomáhaly pracovat s bažením, Marek se rozhodl pro deník a četbu literatury, Pavlína taktéž četla literaturu a dále začala, stejně jako Lukáš, relaxovat. Marek jako jediný neuvádí důležitost vytvoření nových zájmů či navrácení ke starým. Zájmy jdou často v době hráčství stranou, neboť se život točí jenom kolem hraní. Také Marek nijak nezmiňuje strukturaci času, aby nedocházelo k nudit. Volný čas, a tedy nuda zmiňují všichni respondenti jako problematickou, neboť díky ní dochází k bažení. Důležitost přátel zmiňuje především Jakub. Pavlína sice přátelství hodnotí taktéž jako motivující, ale ona přátele získala až po určité době v abstinenci. Vyhýbání se spouštěčům uvádí Marek a Pavlína, Marek na určitou dobu přestal pít alkohol a sledovat sportovní přenosy, Pavlína omezila taktéž alkohol a vyhýbala se restauračním zařízením. Důležitost dozoru, tedy kontroly je důležitá zejména pro Marka a Lukáše. Jako silně motivující je dle Jakuba a Lukáše splácení dluhů, neboť jak již bylo zmíněno, čím větší dluhy hráč má, tím více ho láká opět hrát, právě i výše dluhů mohou způsobovat bažení. A poslední faktor, který zhodnotil jako důležitý Marek, je změna závislosti, jak jsem již zmínila, tato změna proběhla ovšem i u Jakuba.

Náš výzkum ukazuje, že ač jsou faktory, které jsou pro zvládání závislosti hodnoceny jednotně jako důležité, může hrát každý faktor u každého jedince individuální roli. To, co je pro jednoho nepodstatné, může být pro jiného neopomenutelné. Jelikož jsme každý individuální a disponujeme jinými zdroji pro zvládnutí těžkostí, i faktory pro překonání závislosti jsou jedinečné a bylo by mylné hodnotit některé faktory jako důležitější než jiné.

8 Diskuze

Cílem této diplomové práce je zmapovat průběh a vznik hráčské kariéry, ale především porozumět faktorům, které hráčům pomáhají překonat závislost na hazardu. Chtěli jsme evidovat a vysvětlit faktory, které respondentům pomohly při překonání závislosti.

Ve diplomové práci jsme se zmínili o vzniku závislosti. Lukáš se v době vzniku závislosti nacházel ve vývojovém období adolescence, které je typické touhou experimentovat, a tím vzniká období velkých rizik, právě i pro vznik závislosti. U ostatních respondentů vzniká závislost v období mladší či střední dospělosti. Průběh závislosti je u našich respondentů stejný, jako zmiňuje Bělík a spol. ve své knize z roku 2017 *Slovník sociální patologie*, shodné jsou i výsledky výzkumu Maierové a spol. z roku 2014.

U respondentů v našem výzkumu se vyskytoval pozvolný, plíživý a neuvědomělý vznik problému, neostrá hranice mezi využíváním, používáním, problémovým užíváním a závislostí, jak zmiňuje ve své knize i Kalina. Fáze závislosti mých respondentů taktéž odpovídají dělení, které popisuje Lesier a Custer (1984), tedy fáze výher, proher a zoufalství.

Frouzová (citováno z Kalina, 2003) popisuje čtyři základní části, přičemž nemůže žádná část při efektivní léčbě chybět, v tomto se náš výzkum částečně s jejími názory rozchází. Všichni naši respondenti přerušili hraní, ale není jasné, zda všichni efektivně pracovali s případným relapsem, jak již bylo zmíněno především u Jakuba, který téma relapsu nezmínil. Změna zacházení s financemi byla zřetelná u všech, s čímž se naše výsledky shodují. Úprava životního stylu nemusí být dle našich výsledků tak radikální, o čemž ve svém příběhu povídá převážně Marek.

Právě úprava životního stylu, která se objevuje i v našem výzkumu u respondentů, může souviset s určitou změnou identity, kterou uvádí ve svém výzkumu Nepustil (2012) či Biernackim (1986).

V našem výzkumu se taktéž jako ve výzkumu Maierové a spol. z roku 2014 potvrdilo, že hráči začínají často hrát kvůli navýšení financí, hraní slouží jako forma naplnění volného času a spouštěčem často bývá alkohol či jiná droga.

První výzkumná otázka směřovala k uvědomění problémů, které respondenti zmiňují často dříve, než začnou jednat, což nám opět ukazuje důležitost motivace, a tedy včasné intervence, o čemž hovoří ve své knize Kalina (2015a). Hráči totiž začínají s léčbou většinou v terminálních stavech svého hraní, kdy již byly narušeny téměř všechny složky jedincova života, to se jasně ukazuje i v rozhovorech v našem výzkumu.

Kromě toho podporují naše výsledky také řadu dalších výzkumů, které zkoumaly procesy ukončování drog, konkrétně na hazardní hraní nebylo nic nalezeno. Tyto výsledky konstatují, že sociální podpora, navazování nových vztahů a schopnost začít s novými aktivitami jsou zásadními faktory při úspěchu procesu zotavování bez odborné pomoci, tyto faktory se objevují i v našem výzkumu (Klingemann, et al., 2001; Koski-Jannes, 2002; Nepustil, 2012).

V našem výzkumu je 14 důležitých faktorů, které hráče motivovaly k zvládnutí závislosti. Mluvíme zde o: velké motivaci, rodině, zaměstnání, zlepšení psychického a fyzického stavu, finančním poradenství či omezení financí, konkrétních technikách, seberealizaci a osobnostní změně, zálibách, kontrole, strukturaci času, vyhýbání se spouštěčům (hernám, alkoholu...), přátelích, splacených dluhů a v neposlední řadě o změně závislosti za závislost „lehčí“.

Právě zmiňovaná změna závislosti je v souladu s předchozími studiemi. Například možnost kontrolovaného užívání jiných látek byla v našich výsledcích zdůrazněna, podobně jako v předchozích výzkumech (Cunningham, 1999; Nepustil, 2012), tato změna se vyskytuje právě u Marka.

V žádné literatuře jsme neobjevili faktory kontroly jako podstatné, Lukáš a Marek uvedli, že pro ně bylo důležité, že měli nad sebou dozor, který je kontroloval, ale převážně motivoval k tomu, aby nepodlehli. Také se v našem výzkumu ukazuje jako silně motivující změna psychického a fyzického stavu, která sice s abstinencí úzce souvisí, ale žádný autor či výzkum ji nezmiňuje jako silně motivující. V našem výzkumu to zmínili všichni účastníci.

Nešpor v knize z roku 2011 zmiňuje důležitost efektivního „matchingu“, což je vlastně individuální intervence. V mém výzkumu je vidět, že existují faktory, které jsou důležité

pro všechny jedince, ale objevují se i faktory individuální, které jsou taktéž pro respondenty neopomenutelné. To souvisí právě s efektivním matchingem. Klient je odborník na svůj problém, a jen on sám dobře ví, co mu může při zvládání závislosti pomoci, jelikož každý disponuje jinými zdroji.

Kalina (2015a) zmiňuje, že ukazatelem změny je nacházení nových přátel mimo „toxické“ skupiny, protože to znamená obnovení přirozených zdrojů sociální podpory. V našem výzkumu se to povedlo Pavlíně, přičemž Jakub navázal opět stabilnější vztahy s přáteli, kteří nebyli rizikovou skupinou. Právě důležitost sociálních vztahů byla zřetelná i ve výzkumu Klingemanna et al. (2001); Koskiho-Jannese (2002) a Nepustila (2012).

U mladých dospělých je dle Nešpora (2011) příznivým ukazatelem „vyrovnání“ – smíření a dohoda o řešení dluhů, obnova komunikace a získání lidské podpory, což se nám projevuje u Lukáše.

Jedním z limitů této práce je malý počet respondentů. Klingemann et al. (2001) hodnotí jako nepřijatelnou pro výzkumy přirozeného zotavení jakoukoliv jedinou návštěvu u odborníka, museli jsme tedy být v našem výběru opravdu striktní.

Určitým omezením byla také zvolená metoda sběru dat. Byli jsme víceméně odkázáni na rozhovor, který se navíc týkal období vzdáleného většinou více než pět let. Nemohli jsme tedy proces přestávání sledovat „v akci“, ale zpětně se k němu dopracovávat skrze výpovědi jeho účastníků. Tím jsme se pravděpodobně do značné míry ochudili o tělesnou a kontextuální realitu, jak ji popisuje Duff (2007). Abychom se k této realitě mohli přiblížit ještě více, museli bychom zvolit buď longitudinální design studie, nebo alespoň etnografické zkoumání – ideálně několikrát zopakované v čase

Jsme si vědomi toho, že nebylo nabídnuto žádné srovnání zde identifikovaných procesů s procesy, které se odehrávají v prostředí léčebných nebo jiných pomáhajících zařízení. Není to však proto, že bychom považovali zde identifikované procesy za jedinečné pro přirozené zotavení. Naopak, věříme, že by přesně tyto procesy mohly být využity i k porozumění procesů probíhajících v léčebných zařízeních, tak jak to ostatně prokázalo hned několik studií (Koski-Jannes, 2002; McIntosh & McKeganey, 2002).

V našem výzkumu se ukazuje, že abstinence hazardu bez odborné pomoci je možná, tyto výsledky se shodují s výsledky Nepustila (2012), který tvrdí, že samoléčbou se vyléčí až 50 % závislých na pervitinu, dále se výsledky úspěšné samoléčby objevují ve výzkumu Cunnighama (1999) či Snowa (1973).

Jelikož je toto téma ještě poměrně neprobádané, máme zde většinou možnost porovnávat pouze s výzkumy pracujícími převážně s drogovou tematikou, což jak již bylo zmíněno, má hodně společných rysů, ale závislosti na procesech mají i již svá zmíněná specifika.

Považujeme za důležité, aby se tímto tématem začala naše společnost více zabývat, neboť je v našem zájmu, abychom měli ve společnosti více zdravých jedinců.

9 Závěr

Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že překonání závislosti na hazardu bez pomoci odborné intervence je proces, stejně jako u dalších závislostí, který je velice náročný, ale ne nemožný. Naopak, jak bylo uvedeno, vyléčení závislosti bez odborné intervence možné je, a existuje množství faktorů, které pomáhají tuto závislost překonat.

Předpokládáme, že se naši respondenti během jednoho rozhovoru neotevřeli z daleka tak, jak by bylo možné po opakovaném sezení a našem bližším seznámením. Díky tomu, že rozhovory mapují život jedince, bylo by prospěšné více setkání, díky kterým by docházelo ke spojování většího množství informací.

Závislost na procesech, konkrétně na hazardu, u našich respondentů vzniká z důvodů finančních, kdy hraní slouží jako přivýdělek, dále jako způsob trávení volného času či je hraní doprovázeno alkoholem. Věk vzniku závislosti je různorodý, častěji závislost ale vzniká v prvních 35 letech života.

K uvědomění závažnosti problému nedochází náhle, ale je to postupný proces, kdy hráči často problém sice vnímají, ale nechtějí s ním nic dělat. Rozhodnutí abstinovat jsou až v konečném stádiu svého hraní, kde již byl narušen jejich život v téměř všech oblastech: v interpersonálních vztazích, psychickém a fyzickém zdraví či ve finanční situaci.

Obecně záleží na spoustě proměnných, které následně určují úspěšnost léčby, patří sem např. délka hráčské kariéry, věk při vzniku závislosti, kriminální anamnéza, psychopatologické komplikace, ale především motivace.

Celkově z rozhovorů vzniklo 14 faktorů, kde právě motivace byla zmíněná jako jedna z nejdůležitějších. Všichni respondenti se shodují, že uvedená motivace, rodina, zaměstnání, zlepšení psychického a fyzického stavu, finanční poradenství či omezení financí, jim pomáhala závislost překonat a setrvat v abstinenci. Důležitost zálib, aby se vyhnulo přílišné nuditosti, dále seberealizace a osobnostní změny a následně konkrétních především kognitivně-behaviorálních technik zmínili tři ze čtyř respondentů, tedy i tyto faktory jsou neopomenutelné při zvládání závislosti bez odborné intervence. Dva ze čtyř respondentů dále uvedli důležitost kontroly, strukturaci času, vyhýbání se spouštěčům (herny, alkohol...), přátele a v neposlední řadě splacené dluhy. Právě výše dluhů často

bývá spouštěčem. Poslední faktor, který se v rozhovorech objevuje, je změna závislosti na závislost „lehčí“, což může být do budoucna problémem.

Toto téma považujeme za velice důležité a do budoucna přínosné. Jak jsme již několikrát v práci uvedli, je zde velká možnost pro zdokonalení či rozšíření této diplomové práce, neboť otázek, na které by se mohly hledat odpovědi, je v této problematice celá řada. Je otázkou, jak na toto téma zareaguje široká veřejnost, neboť se domníváme, že samoléčba není v dnešní době vnímaná jako příliš efektivní.

Domníváme se, že kdyby došlo k pochopení důležitosti tématu ze strany společnosti a abstinující hráči by nebyli stigmatizováni, toto téma by bylo otevřenější a mohlo by pomoci ukázat cestu hráčům, kteří si momentálně nejsou jistí, jak začít. Ne každý hráč se totiž může všeho vzdát a nechat se zařadit do léčby, proto nám samoléčba připadá velice účelná, neboť klient není vytržen ze svého životního prostředí a může zkoušet změnu realizovat v přítomném čase, a tím pádem i vidět výsledky.

Výsledky našeho výzkumu ukazují, že je možná abstinence bez odborné intervence, neboť hráči používají často stejné či podobné metody, jako se využívají v léčebných zařízeních. Jelikož nemá Česká republika jednotný systém pro léčbu patologických hráčů a díky přeplnění léčebných zařízení není často jednoduché se do léčby dostat, právě samoléčba je možným způsobem, jak se pokusit závislosti zbavit sám.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Biernacki, P. (1986). *Pathways From Heroin Addiction: Recovery Without Treatment*. Philadelphia: Temple University Press
- Blinka, L. (2015). *Online závislosti: jednání jako droga?: online hry, sex a sociální sítě: diagnostika závislosti na internetu: prevence a léčba*. Praha: Grada
- Bělík, V., Svoboda Hoferková S. & Kraus B. (2017). *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada
- DiClemente, C., C. (2003). *Motivační rozhovory a fáze změny in Miller, W., R., Rollnick, S. Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Fischer, S. (2006). *Sociální patologie: Propedeutika*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně
- Francie, F., (2011). *Hazard*. Praha: Knižní klub
- Gjuričová, Š., & Kubička. J. (2003). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing
- Hartl, P. (2000). *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál
- Hartnoll, R., Griffith, P., Taylor, C., Hendricks, V., Blanken, P., Nolimal, D., Weber, I., Toussirt, M. & Ingold, R. (2003). *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule – Snowball Sampling*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Heller J. & Pecinová O. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada,
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Höschl, C. (2002). *Odpovědi bez konce, aneb, Sloupky z Reflexu 2002*. Praha: Galén
- Hughes, J. & Ustok L., (2013). *První kroky z hráčské závislosti*. Uhřetice: Doron
- Kalina K., (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál
- Kalina K., (2003). *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada

- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing
- Kalina K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada publishing (a)
- Kalina K. (2015). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada publishing (b)
- Kasal, I. (2001). *Losy v srdci Evropy*. Praha: Sazka
- Kolektiv autorů. (2004). *Studijní materiály dvoustupňového vzdělávacího programu pro terénní sociální pracovníky - stupeň II. II./4, Sociálně patologické jevy: gambling, drogové závislosti, lichva*. Brno: Drom
- Kraus, B. (2014). *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál
- Lea, S. E., Roger G., Tarpy M., & Webley P. (1994). *Psychologie ekonomického chování*. Praha: Grada
- Machová, J., Kubátová, D., & kol. (2006). *Výchova ke zdraví pro učitele. 1. vydání*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Turkyň v Ústí nad Labem
- McIntosh J., & McKeganey, N. (2002). *Beating the Dragon: The Recovery from Dependent Drug Use*. Harlow: Prentice Hall.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Vyd. 1.* Praha: Grada
- MKN-10 (2018). *mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
- Mühlpach, P. (2008). *Sociopatologie*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita
- Nešpor, K. (2011). *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba*. Praha: Portál
- Nešpor, K., (2015). *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat! Vyd. 2.* Praha: Portál
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 5., rozšířené vydání*. Praha: Portál

Prunner, P. (2008) *Psychologie gamblersství, aneb, Sázka na štěstí*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk

Raboch, J., Hrdlička M., Mohr P, Pavlovsky P., & Ptáček. R., ed. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum

Röhr, Heinz-P. (2015). *Závislost: jak ji porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál

Rosenberg K.P., & Feder L.C. (2014). *Behavioral Addictions: Criteria, Evidence and Treatment*, Cambridge: Academic Press

Řehan, V. (1994). *Závislost na alkoholu a jiných drogách: psychologický přístup*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci

Toufar, P. (2008). *Opilci, falešní hráči a mlsní žrouti, aneb, Ze života našich předků*. Benešov: Start

Utajený. (2011). *Kasino, přísně tajné*. Brno: Computer Press

Vykopalová, H. (2001). *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého

Elektronické zdroje

Cunningham, J.A. (1999) *Untreated remissions from drug use: The predominant pathway*. *Addict Behav.* 24(2), 267-270. doi: 10.1016/S0306-4603(98)00045-8

Duff, C. (2007). *Towards a theory of drug use contexts: Space, embodiment and practice*. *Addiction Research and Theory*, 15(5), 503–519. doi: 10.1080/16066350601165448

Jovchelovitch, S., Bauer, M. W. (2000). *Narrative interviewing*. London: LSE Research Online. Dostupné z: <http://eprints.lse.ac.uk/2633>

Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., ... Tucker, J. (2001). *Promoting Self-Change from Problem Substance Use: Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Koski-Jannes, A. (2002). Social and Personality Identity Projects in the Recovery from Addictive Behaviours. *Addiction Research & Theory*, 10/2, s. 183-202. doi:10.1080/16066350290017266

Konečný, M. (2004). *Motivační interview při práci s uživateli nealkoholových drog v nízkoprahovém zařízení*. [PDF]. Dostupné z: www.psycholousek.cz

Lesieur & Blume, (1987). *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers* [online] Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/19531246_The_South_Oaks_Gambling_Screen_SOGS_A_New_Instrument_for_the_Identification_of_Pathological_Gamblers

Lesieur, H. R., & Custer, R. L. (1984, July). *Pathological Gambling: Roots, Phases, and Treatment. Annals of the AAPSS: Gambling: Views from the Social Sciences*. doi: 10.1177/0002716284474001013

Maierová E., Charvát M. & Mioviský M. (2014). *Průběh a následky hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích pro diagnózu F. 63 patologické hráčství*. [PDF]. Dostupné z http://www.cspsihiatr.cz/dwnld/CSP_2014_6_291_300.pdf

Meyer, G. (2009). *International vergleichende Analyse des Glücksspielwesen. Teil vier, Gesundheitswissenschaftliche Studie*. Bremen: Institut für Psychologie und Kognitionsforschung der Universität Bremen. Dostupné z <http://mpk.rlp.de/mpkrlpde/sachthemen/studie-zum-gluecksspielwesen/>

Ministerstvo financí. (2018). 6. *Loterie a jiné podobné hry* [PDF] Dostupné z https://www.google.com/search?ei=D3FaXsy8MtiBi-gP6ZSQ8Aw&q=6.+LOTERIE+A+JIN%C3%89+PODOBN%C3%89+HRY+MINISTERSTVO&oq=6.+LOTERIE+A+JIN%C3%89+PODOBN%C3%89+HRY+MINISTERSTVO&gs_l=psy-ab.3...3155.6834..7142...1.0..0.400.2636.0j13j2j0j1.....0....1..gws-wiz.....33i160..23%3A12-170j24%3A12-16.4aZS_7-gjz0&ved=0ahUKEwiMgL-9-PbnAhXYwAIHHWkKBM4Q4dUDCAw&uact=5

Nepustil, P (2013). *Proces změny po ukončení dlouhodobého užívání pervitinu bez odborné pomoci*. [PDF] Dostupné z : http://nepustil.narativ.cz/files/disertacni_prace.pdf

Nešpor, K. (2006). *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportproag. Dostupné z <http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>

Nešpor, K., & Scheansová, A. (2009). *Efektivita léčby patologického hráčství – pilotní studie*. *Praktický lékař*, 148(12), Dostupné z <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaruceskych-clanek?id=31121&search=hazardn%C3%AD+hry>

Nešpor, K., Čapková, J., & Csémy, L. (2010). *Návykové nemoci a chudoba*. *Časopis lékařů českých*, 149(8), 602-603 Dostupné z <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskychclanek?id=32322&search=hazard+kriminalita>

Novotný, J. (2008). *Studie hazardních her a navrhované změny*, Senát parlamentu [PDF] Dostupné z: <https://www.google.com/search?q=novotn%C3%BD+studie+hazardn%C3%ADch+her&oq=novotn%C3%BD+studie+hazardn%C3%ADch+her&aqs=chrome..69i57.5041j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Úřad vlády České republiky (2019). *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2018*. Praha. [PDF] Dostupné z : https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogovalpolitika/VZhazard2018_web.pdf

Rossow, I., & Hansen, M. (2008). *Gambling and suicidal behaviour*. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny reke* [online] Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18202728>

Snow, M. (1973). *Maturing out of narcotic addiction in New York City*. *International Journal of Addiction*, 8(6), 921-938. doi: 10.3109/10826087309033098

Šerý, O. (2001). *Patologické hráčství*. *Psychiatrie pro praxi*, 4, Dostupné z http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2167&magazine_id=2

Tunel P. (2013). *Historie hazardu*[online]. Dostupné z <http://www.dvorek.eu/clanek/23724>

Verosta P. (2012). *Patologické hráčství: souhrn faktů a aktuální situace v České republice* [online] Dostupné z <http://www.osbrneni.cz/wp-content/uploads/2013/07/patologicke-hracstvi-APA2011-revize3-2012.pdf>

Vlasáková, M., Salivar L. (2011). *Hazard provozovaný na hracích automatech*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd. (online) Dostupné z: <http://www.verejna-politika.cz>

Zákon č. 202/1990 sb. Zákon České národní rady o loteriích a jiných podobných hrách-viz. Zákon č. 186/2016 sb.

Zákon č. 186/2016 sb. o Hazardních hrách v České Republice – Tento zákon upravuje hazardní hry a jejich druhy, podmínky jejich provozování, opatření pro zodpovědné hraní a působnost správních orgánů v oblasti provozování hazardních her.